



UNISALUTE PMI

Argento



Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

- **DIP DANNI (Documento informativo precontrattuale danni)**
- **DIP AGGIUNTIVO DANNI (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi Danni)**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE** comprensive di Glossario (redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)
- **INFORMATIVA PRIVACY**

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Documento informativo precontrattuale per i prodotti di assicurazione danni – DIP Danni

Compagnia: UniSalute S.p.A.

Prodotto: UniSalute PMI - Argento

"UniSalute S.p.A. - C.F. 03843680376 – P.IVA 03740811207 - Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00084 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n. 251), D.M. 9-12-1994 n. 20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n. 2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n. 112) soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di Assicurazione è?

Questa Assicurazione è rivolta a persone giuridiche offre una copertura delle spese sanitarie nei casi di Malattia ed Infortunio e prestazioni di assistenza.



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione, opera in caso di Malattia (compreso l'evento parto) e di Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza e permette all'Assicurato di ottenere l'Indennizzo delle spese mediche per forme di Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico e di spese mediche extra ospedaliere.

SPESE SANITARIE:

- ✓ Ricovero: le spese mediche per Ricovero in Istituto di cura;
- ✓ Day Hospital: le spese mediche per Day Hospital;
- ✓ Intervento chirurgico ambulatoriale: le spese mediche per Interventi chirurgici ambulatoriali;
- ✓ Trapianti: le spese mediche per Ricovero in Istituto di Cura in caso di trapianto di organi;
- ✓ Parto cesareo: le spese mediche per Parto cesareo;
- ✓ Parto non cesareo e Aborto terapeutico: le spese mediche per Parto non cesareo e Aborto terapeutico;
- ✓ Protesi ed Ausili ortopedici: le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di Cura;
- ✓ Indennità sostitutiva con pre e post Ricovero: indennizzo di un importo giornaliero per Ricovero comprese le spese di pre e post ricovero, in assenza di richiesta di rimborso per spese effettuate durante il Ricovero o prestazione ad esso connessa;
- ✓ Alta Specializzazione: le spese mediche extraricovero relative ad un elenco di prestazioni effettuate con macchinari altamente specializzati.
- ✓ Accertamenti diagnostici: le spese per accertamenti diagnostici effettuati non compresi nell'elenco dell'Alta Specializzazione.
- ✓ Tickets per Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche: rimborso delle spese relative ai tickets per Alta Specializzazione, Accertamenti Diagnostici, Visite specialistiche.
- ✓ Prestazioni diagnostiche particolari – Prevenzione: pagamento di un elenco specifico di prestazioni sanitarie effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici esclusivamente in strutture convenzionate con UniSalute.
- ✓ Prestazioni odontoiatriche particolari – Prevenzione odontoiatrica: il pagamento di una visita odontoiatrica e una seduta di igiene orale in strutture convenzionate con UniSalute.
- ✓ Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero: le spese sostenute per interventi chirurgici odontoiatrici a seguito di un elenco di patologie.
- ✓ Stati di non autosufficienza consolidata/permanente: in caso di comprovato stato di non autosufficienza permanente, è previsto un programma in strutture convenzionate di prestazioni sanitarie/o socioassistenziali e, in caso di permanenza in RSA, le spese per la retta mensile.
- ✓ Diagnosi comparativa: consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.

ASSISTENZA:

- ✓ Servizi di assistenza: prestazioni di aiuto immediato (quali l'invio di personale medico, l'invio di un'ambulanza, il trasferimento da e verso il centro di cura e varie altre) nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio (ad eccezione dell'evento parto).
- ✗ Per ciascun Assicurato, l'Assicurazione cessa alla scadenza annuale successiva al compimento del suo 75° (settantacinquesimo) anno di età.



Ci sono limiti di copertura?

! Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale) e Franchigie (esprese in cifra fissa) e massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

! Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):

- le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula della Polizza e non dichiarati ad UniSalute o non evidenziati nel Questionario Sanitario con dolo o colpa grave;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, incluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
- la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- il trattamento delle Malattie diretta conseguenza di HIV;
- il trattamento delle Malattie diretta conseguenza di Sindromi organiche cerebrali;
- le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
- gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
- le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina

- ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

Per le prestazioni di Assistenza sono escluse:

- le Prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza;
- alcun aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle prestazioni.



Dove vale la copertura?

- ✓ La copertura vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Per consentire ad UniSalute di valutare il Rischio occorre compilare in ogni sua voce il Questionario Sanitario, che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante dell'Assicurazione. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza), sia in caso di emissione di un nuovo Polizza che di sua sostituzione, e trasmesso ad UniSalute unitamente alla proposta.

Le dichiarazioni inesatte e/o reticenti e/o le omissioni, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita automatica, totale o parziale, del diritto all'Indennizzo, nonché l'annullamento dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile.



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato in un'unica soluzione ed in via anticipata ad UniSalute oppure all'Intermediario assicurativo.

UniSalute può concedere il pagamento frazionato del Premio annuale in rate mensili, trimestrali, quadrimestrali e semestrali senza applicazione di oneri aggiuntivi.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione può avere durata annuale o poliennale e cessa alla scadenza contrattualmente prevista, così come indicata in Polizza.

Se l'Assicurazione ha durata poliennale al Contraente è riservata la facoltà di recedere dall'Assicurazione al termine di ciascuna annualità assicurativa. In tale caso, il Contraente deve comunicare il recesso con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni dalla fine della relativa annualità assicurativa, con le seguenti modalità:

- lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia);
- oppure
- PEC all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UniSalute al pagamento dei Premi scaduti.



Come posso disdire la Polizza?

L'Assicurazione è stipulata senza tacito rinnovo, pertanto, cessa alla scadenza indicata in Polizza.

Se la Polizza ha durata poliennale per il Contraente è prevista la facoltà di recedere annualmente dall'Assicurazione.

Se l'Assicurazione viene acquistata tramite tecniche di comunicazione a distanza, puoi recedere dal contratto entro 14 giorni dalla sua conclusione.

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

UniSalute S.p.A.
Prodotto: UniSalute PMI - Argento

Data: 01/07/2025 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

UniSalute S.p.A. (di seguito anche solo "UniSalute"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico: +39 051 6386111 – fax: +39 051 320961 – sito internet: www.unisalute.it – PEC: unisalute@pec.unipol.it o indirizzo di posta elettronica ordinaria: info@unisalute.it.

UniSalute è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicuratrici: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024 il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 307,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 130,6 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2024, è pari ad € 144,2 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 38,1 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 290,2 milioni e ad € 290,2 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2024, pari a 2,01 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 7,62 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

Al contratto si applica la legge italiana quando il rischio è ubicato in Italia.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni, si precisa che tutte le coperture sono offerte nei limiti dei Massimali e/o delle Somme assicurate



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati i limiti contrattualmente indicati, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

LIMITAZIONI

Ricovero: le spese in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute vengono erogate con l'applicazione di una franchigia

di 800 (ottocento) euro; le spese in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 1.500 (millecinquecento) euro ed un massimo di 10.000 (diecimila) euro.

Alta specializzazione: le spese in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di 60 (sessanta) euro.

Accertamenti diagnostici: le spese in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di 60 (sessanta) euro. Non rientrano in garanzia - Le visite mediche generiche e specialistiche di ogni natura; - Esami del sangue, delle urine e delle feci; - Mineralogia e densitometria ossea computerizzata (MOC e DOC) e Pap Test.

Prestazioni odontoiatriche particolari – Prevenzione odontoiatrica: Nel caso di utilizzo per la seduta di igiene orale di una Struttura sanitaria non convenzionata, è previsto il rimborso della spesa sostenuta con il limite di. 60 (sessanta) euro all'anno.

Stati di non autosufficienza consolidata/permanente: la garanzia prevede un massimale mensile di 800 (ottocento) euro.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone giuridiche aventi esigenza principale di garantire a soggetti identificati - ed eventualmente ai loro nuclei familiari – delle coperture per i seguenti rischi malattia/infortunio: *Ricovero; Day-hospital; Intervento chirurgico ambulatoriale; Trapianti; Parto cesareo; Parto non cesareo e Aborto terapeutico; Protesi e ausili ortopedici; Indennità sostitutiva con pre e post ricovero; Alta specializzazione; Accertamenti diagnostici; Ticket per Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche; Prevenzione; Prevenzione odontoiatrica; Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero; Non Autosufficienza; Diagnosi comparativa nonché l'ottenimento di prestazioni di Assistenza.*



Quali costi devo sostenere?

costi di intermediazione: La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 18% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali Reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento di UniSalute, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi Dipendenti e Collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami- Via Larga, 8- 40138 Bologna- Fax: 0517096892**, oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei Reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

I Reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita Iva) del Reclamante, nonché la descrizione della lamentela. E' possibile anche inviare il Reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi Dipendenti o Collaboratori.

Le informazioni utili per la presentazione dei Reclami sono riportate sul sito internet di UniSalute www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il Reclamo, la funzione Reclami di UniSalute deve fornire riscontro al Reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il Reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi Dipendenti e Collaboratori).

All'IVASS

In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it, anche con il modello ivi disponibile.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione

Interpellando tramite un avvocato di fiducia un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (D.Lgs. 28/ 2010). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale

Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico decide in modo vincolante per le parti a maggioranza dei voti. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Le aliquote delle imposte attualmente in vigore sono: 2,5% Infortuni//2,5% Malattia/10% per Assistenza.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO. (PER PAGARE IL PREMIO ASSICURATIVO SUCCESSIVO AL PRIMO, CAMBIARE IL METODO DI PAGAMENTO INIZIALMENTE SCELTO, RICHIEDERE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO E LA MODIFICA DEI PROPRI DATI PERSONALI).

Contratto di Assicurazione sanitaria

UNISALUTE PMI – ARGENTO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01271 / 002 / 00000 / H - Ed. 01/07/2025

Documento redatto in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti

INDICE

PRESENTAZIONE	5
GLOSSARIO	1
SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	8
PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	8
1. PERSONE ASSICURATE	8
1.1 REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ	8
1.2 LIMITI DI ETÀ	8
1.3 DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO	8
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	8
1.4 DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	9
1.5 PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE	9
1.6 TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE	10
1.7 DIRITTO DI RIPENSAMENTO	10
QUANDO E COME DEVO PAGARE	10
1.8 DETERMINAZIONE DEL PREMIO	10
1.9 PAGAMENTO DEL PREMIO 	10
1.10 FRAZIONAMENTO DEL PREMIO	11
CHE OBBLIGHI HO	13
1.11 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	13
1.12 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE	13
1.13 ALTRE ASSICURAZIONI	13
ALTRE NORME	14
1.14 VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE	14
1.15 MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE	14
1.16 OBBLIGHI E MODALITÀ DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	14
1.17 FORO COMPETENTE	14
1.18 LEGISLAZIONE APPLICABILE	14
1.19 REGIME FISCALE	14
1.20 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	15
1.21 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DALL'ASSICURAZIONE	15
1.22 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018	15
SEZIONE 2: SPESE SANITARIE	16
COSA ASSICURA	16
2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	16
2.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	17

2.1.1	DAY-HOSPITAL.....	18
2.1.2	INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	18
2.1.3	TRAPIANTI	18
2.1.4	PARTO CESAREO.....	18
2.1.5	PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO	19
2.1.6	PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI.....	19
2.1.7	INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO	19
2.1.8	MASSIMALE ASSICURATO PER LE GARANZIE IN CASO DI RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO ...	20
2.2	ALTA SPECIALIZZAZIONE	20
2.3	ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	21
2.4	TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE	21
2.5	PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE	22
2.6	PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE ODONTOIATRICA.....	23
2.7	INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	23
2.8	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	24
2.8.1	OGGETTO DELLA GARANZIA	24
2.8.2	CONDIZIONI DI OPERATIVITA'	24
2.8.3	MASSIMALE MENSILE ASSICURATO	25
2.8.4	TERMINE PER L'INDENNIZZO	25
2.8.5	DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	25
2.8.6	PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA	28
2.9	DIAGNOSI COMPARATIVA.....	30
	CHE COSA NON È ASSICURATO.....	31
2.10	ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE.....	31
	COME ASSICURA.....	32
2.11	MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	32
2.12	ESTENSIONE TERRITORIALE.....	36
	TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI.....	37
	SEZIONE 3: GARANZIE ASSISTENZA E SERVIZI DI CONSULENZA.....	41
	COSA ASSICURA	41
3	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	41
3.1	SERVIZI DI CONSULENZA	41
3.1.1	INFORMAZIONI GENERICHE SUL CONTRATTO	41
3.1.2	PRENOTAZIONI DI PRESTAZIONI SANITARIE	42
3.2	PRESTAZIONI DI ASSISTENZA.....	42
3.2.1	INVIO DI UN MEDICO	42
3.2.2	RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO.....	42
3.2.3	TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO	42

3.2.4 PARERI MEDICI IMMEDIATI	43
3.2.5 VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO	43
3.2.6 INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO.....	43
3.2.7 RIMPATRIO SANITARIO.....	43
CHE COSA NON È ASSICURATO.....	44
3.3 ESCLUSIONI	44
COME ASSICURA.....	44
3.4 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CONSULENZA	44
3.5 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	44
3.6 ESTENSIONE TERRITORIALE.....	44
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI.....	45
SEZIONE 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	46
4 DENUNCIA DEL SINSISTRO: NORME SPECIFICHE PER LE GARANZIE SPESE SANITARIE.....	46
4.1. DENUNCIA DEL SINISTRO: NORME SPECIFICHE PER LE GARANZIE "STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE"	49
4.1.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DI UNISALUTE.....	49
4.1.2 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI.....	51
4.1.3 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI	51
4.1.4 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	52
4.1.5 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA.....	52
4.2 DENUNCIA DEL SINSISTRO: NORME SPECIFICHE PER LE GARANZIE DI ASSISTENZA	54
4.3 NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE	54
4.3.1 AREA TERRITORIALE SCOPERTA.....	54
4.3.2 PAGAMENTO DEL SINISTRO.....	54
4.3.3 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	54
4.3.4 OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE.....	55
4.3.5 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	55
ALLEGATO A: ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	56
INFORMATIVA PRIVACY	58
MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO	63
INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER I CONTRATTI STIPULATI A DISTANZA	65
INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO.....	67
INFORMATIVA SUL RICORSO ALL'ARBITRO ASSICURATIVO.....	68

PRESENTAZIONE

UniSalute PMI Argento è la Polizza assicurativa offerta da UniSalute S.p.A. per rispondere alle Tue esigenze di protezione in ambito salute, rivolta a persone giuridiche.

Di seguito troverai:

- il GLOSSARIO, dove si specifica il significato delle parole che, nelle presenti Condizioni di Assicurazione, sono contraddistinte dalla lettera maiuscola iniziale;
- la SEZIONE 1 - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE, che contiene le norme applicabili a tutto il contratto;
- la SEZIONE 2 - SPESE SANITARIE, che contiene le garanzie previste dalla presente Assicurazione;
- la SEZIONE 3 - SERVIZI ACCESSORI E SERVIZI DI CONSULENZA;
- la SEZIONE 4 - NORME CHE REGOLANO I SINISTRI, che contiene le norme che si applicano in caso di denuncia e liquidazione dei Sinistri;
- gli ALLEGATI:
 - ALLEGATO A: ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI;
 - INFORMATIVA PRIVACY;
 - MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO;
 - INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI STIPULATI A DISTANZA;
 - INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO;
 - INFORMATIVA SUL RICORSO ALL'ARBITRO ASSICURATIVO.

Per facilitare la consultazione e la lettura delle Condizioni di Assicurazione, abbiamo inserito appositi box di consultazione, contrassegnati con il simbolo della lente di ingrandimento , che Ti forniscono informazioni aggiuntive e approfondimenti specifici relativi ad aspetti dell'Assicurazione di particolare rilevanza o esemplificazioni rispetto a tematiche che potrebbero risultare di difficile comprensione.

Il set informativo di UniSalute PMI Argento è disponibile sul sito www.unisalute.it e Ti viene comunque inviato tramite posta elettronica o con altre modalità da Te scelta al momento dell'acquisto della Polizza.

Grazie per aver scelto UniSalute!

GLOSSARIO

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti l'Assicurazione e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato; le parole al singolare includono il plurale e viceversa.

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale anche cruenta e/o invasiva atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia.

Agenti

Gli Intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più Imprese di assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione A del Registro.

Amministratore di sostegno

Persona nominata dal Giudice Tutelare per svolgere atti sia in sostituzione che congiuntamente alla persona non autosufficiente; questa figura è stata istituita per tutelare e aiutare le persone con gravi stati di disabilità o non autosufficienza quindi la persona assistita mantiene la sua capacità di agire e di decidere.

Anno

Periodo di tempo pari a 365 (trecentosessantacinque) giorni, o a 366 (trecentosessantasei) giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

La persona nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione.

Assicurazione

La copertura assicurativa oggetto del presente contratto di assicurazione, come definito dall'articolo 1882 del Codice Civile, oppure la copertura assicurativa oggetto di ciascuna garanzia del presente contratto di Assicurazione.

Assistenza

L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trova in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assistenza Infermieristica

Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

Atti elementari della vita quotidiana

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Banca

Gli intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più Imprese di Assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione D del Registro.

Broker

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di Imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del Registro.

Case Manager (CM)

Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

Centrale Operativa

È la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico di UniSalute, le prestazioni previste dalla Polizza.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Contraente

La persona giuridica che stipula la Polizza.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Dipendenti e collaboratori

Le persone che, dietro compenso, su incarico degli Intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D del Registro, svolgono l'attività di Intermediazione assicurativa e riassicurativa all'interno o, se iscritti nella sezione E del Registro, anche fuori dai locali dell'Intermediario per il quale operano.

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei medicinali).

Franchigia

La parte di danno determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Quando espressa in giorni indica il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Grandi interventi chirurgici

Interventi chirurgici e patologie riportati nelle Condizioni di Assicurazione.

Imprese di assicurazione

Le Imprese di Assicurazione autorizzate in Italia e le Imprese di Assicurazione comunitarie che svolgono la loro attività in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi o in regime di stabilimento.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato da UniSalute in caso di Ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il Ricovero o il Day-hospital stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post Ricovero o di Day-hospital, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di Polizza.

Indennizzo

La somma dovuta da UniSalute in caso di Sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intermediario

Gli Agenti e/o le Banche e/o i Broker che agiscono in nome o per conto di UniSalute ai fini della vendita dell'Assicurazione.

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

Intermediari assicurativi con residenza o sede legale in un altro Stato membro iscritti nell'elenco annesso al Registro di cui all'art. 116 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, abilitati ad operare in Italia in regime di stabilimento e di libera prestazione di servizi.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di medicinali.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'Assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

Libera professione intramuraria

L'attività che il personale medico alle dipendenze del SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.

Lite transfrontaliera

La controversia tra un Contraente di uno Stato membro ed un'Impresa di Assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia Malformazione o Difetto fisico, e non sia dipendente da Infortunio.

Malattia Oncologica

Ogni Malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive. Sono esclusi il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito) e i basaliomi.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo o il numero di prestazioni che rappresenta la spesa massima che UniSalute si impegna a prestare nei confronti delle persone assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Massimale mensile

L'importo stabilito negli specifici articoli di Polizza che rappresenta la somma mensile massima o il numero di prestazioni che UniSalute si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica.

Medicinale

Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dall'Agenzia Italiana del Farmaco alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

Nucleo familiare

L'Assicurato, il relativo coniuge o il convivente more uxorio e i figli indicati in Polizza.

Pandemia

Manifestazione collettiva di una Malattia con tendenza a diffondersi rapidamente.

PEC

Posta elettronica certificata.

Periodi di carenza contrattuale

Periodo nel quale non sono attive le garanzie del contratto e pertanto non possono essere autorizzate prestazioni dirette né rimborsate le spese sostenute.

Piano assistenziale Individualizzato (PAI)

È lo strumento operativo di eccellenza per l'area infermieristica; ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di Assistenza che soddisfi tutte le necessità riscontrate. Il PAI permetterà l'attivazione delle prestazioni medico/assistenziali che sono state valutate necessarie all'Assicurato non autosufficiente.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1888 del Codice Civile.

Premio

La somma dovuta dal Contraente a UniSalute.

Presa in carico

Comunicazione di UniSalute alla Struttura sanitaria convenzionata in ordine alle prestazioni che UniSalute stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella Presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza

Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo Tutore legale o dall'Amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

Questionario Sanitario

Documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della Polizza.

Registro

Il Registro unico elettronico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e Assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Rischio

La probabilità del verificarsi del Sinistro.

RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)

Strutture non ospedaliere, ma comunque a carattere sanitario, che ospitano per un periodo variabile, da poche settimane al tempo indeterminato, le persone non autosufficienti che non possono essere assistite al domicilio fornendo un livello medio di Assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e con un alto livello di Assistenza tutelare e alberghiera.

Scoperto

La parte di danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'Assicurazione, che comporta un'attività gestionale per UniSalute.

Stato di non autosufficienza consolidato

Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi – dedicati al presente piano sanitario – con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Struttura sanitaria non convenzionata

Qualsiasi Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, ambulatorio odontoiatrico con cui UniSalute NON ha definito un accordo per il pagamento diretto delle relative prestazioni.

Terapie mediche

Insieme di prestazioni non chirurgiche con finalità terapeutiche, di mantenimento o prevenzione, praticate con l'utilizzo fra gli altri di farmaci o altri presidi medici analoghi.

Tutore legale

Con la procedura di interdizione il soggetto viene privato della capacità giuridica che viene attribuita a un'altra persona, denominata il Tutore, nominato dal Tribunale. L'interdizione è la misura giudiziale prevista nell'interesse del soggetto totalmente incapace di intendere e di volere a causa di un abituale infermità di mente e ha lo scopo di tutelare il soggetto disabile.

Il Tutore ha comunque la necessità dell'autorizzazione del Tribunale per gli atti di straordinaria amministrazione.

UniSalute

UniSalute S.p.A. è la Compagnia assicuratrice.

Visita specialistica

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).

SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

1. PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è prestata a favore delle persone individuate dal Contraente come Assicurati.

Il Premio deve essere pagato per ogni Assicurato.

Ciascun Assicurato deve rispettare i requisiti indicati nell'articolo seguente "REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ".

1.1 REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ

Ciascun Assicurato deve avere domicilio abituale in uno dei seguenti Stati: Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.

1.2 LIMITI DI ETÀ

Per ciascun Assicurato, l'Assicurazione cessa alla scadenza annuale successiva al compimento del suo 75° (settantacinquesimo) anno di età, salvo deroga accordata da UniSalute.

1.3 DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Obligo Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 (dieci) anni (5 (cinque) anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 (ventuno) anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.

Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.

Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

1.4 DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione può avere durata annuale o poliennale e cessa alla scadenza contrattualmente prevista, così come indicata in Polizza.

Se l'Assicurazione ha durata poliennale al Contraente è riservata la facoltà di recedere dall'Assicurazione al termine di ciascuna annualità assicurativa. In tale caso, il Contraente deve comunicare il recesso **con un preavviso di almeno 30 (trenta) giorni** dalla fine della relativa annualità assicurativa, con le modalità previste dall'articolo "DIRITTO DI RIPENSAMENTO".

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UniSalute al pagamento dei Premi scaduti.

1.5 PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

La garanzia decorre dalle ore 24 (ventiquattro):

- del **giorno di effetto** dell'Assicurazione per gli **Infortuni**;
- del **30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto** dell'Assicurazione per le **Malattie**;
- del **60° (sessantesimo) giorno successivo a quello di effetto** dell'Assicurazione per **l'Aborto e le Malattie dipendenti da gravidanza**;
- del **180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto** dell'Assicurazione per le conseguenze di **Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed accettate da UniSalute**; se UniSalute rinuncia esplicitamente alla compilazione del Questionario Sanitario, per le Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto la decorrenza è sempre fissata dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione;
- del **300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto** dell'Assicurazione per il **parto e le Malattie da puerperio**.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra polizza emessa da UniSalute o società appartenente al Gruppo Assicurativo Unipol riguardante gli stessi Assicurati e il medesimo Rischio, i Periodi di carenza contrattuale di cui sopra operano:

- dal giorno di effetto della polizza sostituita, per le prestazioni e per la somma assicurate da quest'ultima;
- dal giorno di effetto della presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa garantite.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente Polizza, i Periodi di carenza contrattuale suddetti operano dal giorno di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Neonati

Nei primi 60 (sessanta) giorni di vita i neonati sono assicurati per le identiche garanzie e somme previste per la madre sempreché il parto sia indennizzabile ai termini di Polizza. Per i neonati sono compresi in garanzia gli Interventi e le cure per la correzione di Malformazioni e di Difetti fisici.

1.6 TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è stipulata senza tacito rinnovo, pertanto, cessa alla scadenza indicata in Polizza.

1.7 DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Se l'Assicurazione viene acquistata tramite tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente, entro 14 (quattordici) giorni dalla data in cui è stata stipulata l'Assicurazione, ha diritto di recedere inviando a UniSalute una comunicazione contenente gli elementi identificativi della Polizza, con le seguenti modalità:

- lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia); oppure
- PEC all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it

Se l'Assicurazione viene acquistata utilizzando un sistema di vendita a distanza organizzato da un Intermediario, il Contraente può inviare la comunicazione relativa al recesso anche allo stesso Intermediario.

A seguito del recesso, il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto entro 30 (trenta) giorni da quello in cui UniSalute o l'Intermediario che ha venduto l'Assicurazione avrà ricevuto la comunicazione di recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico. Il recesso non può essere esercitato se l'Assicurazione è stipulata a favore di un terzo, se non con il consenso del terzo stesso.

Per ulteriori informazioni, il Contraente può consultare l'apposita **informativa precontrattuale per contratti danni stipulati a distanza**, inserita alla fine del presente contratto.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

1.8 DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Il Premio, comprensivo degli oneri fiscali, viene determinato in base:

- all'età di ciascun Assicurato al momento della sottoscrizione della Polizza.
- alla provincia del luogo di lavoro di ciascun Assicurato.

1.9 PAGAMENTO DEL PREMIO¹

¹ Cos'è il Premio?

Il Premio deve essere pagato in un'unica soluzione ed in via anticipata ad UniSalute oppure all'Intermediario assicurativo, fatto salvo quanto previsto all'articolo "Frazionamento del Premio".

1.10 FRAZIONAMENTO DEL PREMIO

UniSalute può concedere il pagamento frazionato del Premio annuale in rate mensili, trimestrali, quadrimestrali e semestrali senza applicazione di oneri aggiuntivi.

A. Adesione al servizio di pagamento mensile del Premio tramite addebito ricorrente

Il pagamento delle rate mensili del Premio con addebito ricorrente può avvenire, a scelta del Contraente, attraverso una delle seguenti modalità:

- SEPA Direct Debit (S.D.D.);
- Addebito su Carta di Credito;
- Addebito su Carta di Debito, ad esclusione delle Carte Prepagate.

L'autorizzazione all'addebito ricorrente è valida dal momento in cui il Contraente conferma tale richiesta. L'addebito finisce o automaticamente, quando termina l'Assicurazione, oppure se UniSalute comunica la revoca del frazionamento mensile.

A.2 Obblighi del Contraente

Alla stipula, il Contraente deve:

- (i) Aderire alla funzionalità denominata "Aggregatore dei metodi di pagamento" gestito da Unipol Assicurazioni per conto di UniSalute;
- (ii) se Persona Fisica, aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivare il profilo di Area Riservata, messa a disposizione del Contraente da UniSalute sul proprio sito e mediante APP, fornendo il proprio indirizzo e-mail e numero di cellulare;

se Persona Giuridica, comunicare indirizzo PEC della Persona Giuridica, nonché identificare un soggetto Persona Fisica, autorizzato dalla Persona Giuridica, che aderisca al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivi il profilo di Area Riservata fornendo indirizzo e-mail e numero di cellulare di tale soggetto;

- (iii) comunicare un metodo di pagamento ricorrente tra quelli previsti al precedente articolo A.1;
- (iv) provvedere subito al pagamento anticipato della prima rata con una delle modalità consentite da UniSalute;
- (v) obbligarsi a pagare il Premio residuo in rate mensili, con il metodo di pagamento di cui al punto (ii).

Durante la validità dell'Assicurazione, il Contraente deve comunicare tempestivamente a UniSalute eventuali variazioni degli strumenti di addebito ricorrente, nonché eventuali revoche del servizio di addebito. Il Contraente può inoltre modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente recandosi in Agenzia/Punto Vendita o tramite l'Area Riservata.

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

La richiesta di pagamento del Premio tramite addebito ricorrente autorizza UniSalute a inviare all'Istituto di Credito e/o all'Istituto di Moneta Elettronica del cliente gli ordini di addebito della rata mensile del Premio nelle seguenti tempistiche:

Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare a UniSalute per attivare la copertura assicurativa sottoscritta.

- per addebiti tramite SEPA Direct Debit - nei 5 giorni lavorativi prima della scadenza della rata, o 6 giorni lavorativi prima nel caso in cui la data di scadenza della rata mensile coincida con il sabato, la domenica o un giorno festivo;
- per addebiti tramite Carta di Credito/Debito - 1 giorno lavorativo prima della scadenza della rata.

In seguito all'avvenuto addebito, UniSalute comunica al Contraente la copertura delle garanzie previste nella in Polizza e fornisce in Area Riservata e APP la quietanza per la quale è stato pagato il Premio.

La Polizza costituisce l'assolvimento dell'obbligo di prenotifica degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) di UniSalute verso il Contraente.

B.2 Mancato addebito

In caso di mancato addebito, UniSalute comunica al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura per le garanzie previste in Polizza a partire dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata non pagata e non procede all'addebito di eventuali altre rate successive. A questo punto il Contraente deve comunicare:

- se il metodo di pagamento è ancora valido - in questo caso UniSalute effettua ulteriori tentativi di addebito della rata non pagata, comunicando sempre al Contraente il loro esito; ;
- se il metodo non è più valido - in tal caso il Contraente deve indicare un nuovo metodo tra quelli previsti al precedente punto A.1, che opera a partire dal tentativo di addebito successivo a quello non andato a buon fine. Se non lo fornisce, la concessione del frazionamento mensile sarà revocata e il Contraente dovrà pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione con una diversa modalità di pagamento.

Se tutti i tentativi di addebito della rata di Premio dovuta sono negativi, il Contraente deve pagare quest'ultima rata tramite Area Riservata o APP o concordando con l'Agenzia/Punto Vendita una diversa modalità di pagamento.

Trascorsi 45 (quarantacinque) giorni dal mancato pagamento di una rata di Premio senza che il Contraente abbia regolarizzato la posizione, UniSalute comunica la revoca del frazionamento mensile, e il Contraente deve pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione tramite Area Riservata o APP o concordando con l'Agenzia/Punto Vendita una diversa modalità di pagamento.

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

Se il metodo di pagamento è SEPA Direct Debit e il titolare si avvale del diritto al rimborso degli addebiti previsto dal SEPA Direct Debit Scheme Rulebook, il Contraente deve pagare le rate rimborsate e indicare un nuovo metodo di pagamento se quello in uso non è più valido.

C. Rinnovo del contratto

Se il contratto assicurativo è stipulato senza tacito rinnovo, il Contraente che intende rinnovarlo e consentire la prosecuzione dell'addebito ricorrente senza interruzioni deve accettare le condizioni di rinnovo:

- almeno 8 (otto) giorni lavorativi antecedenti la scadenza in caso di pagamento ricorrente tramite SEPA Direct Debit;
- almeno 2 (due) giorni lavorativi prima della scadenza in caso di pagamento tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

Il rinnovo con questa modalità di pagamento sarà possibile a patto che UniSalute mantenga la disponibilità al frazionamento mensile con addebito ricorrente.

Se l'accettazione delle condizioni di rinnovo avviene dopo tali termini, il Contraente dovrà pagare la prima rata concordando con l'Agenzia/Punto Vendita una diversa modalità di pagamento, mentre l'addebito ricorrente riprenderà per le rate successive.

Qualora in capo al Contraente risultino una o più rate mensili non pagate, il frazionamento mensile non potrà essere rinnovato fino a che il Contraente non abbia provveduto a corrispondere tutte le rate non pagate.

D. Revoca del frazionamento mensile

Durante la validità del Contratto UniSalute revoca la concessione del frazionamento mensile in questi casi:

- cessione del contratto, in presenza di consenso di UniSalute;
- se vengono meno i requisiti previsti al precedente articolo A.2 o si verifichi uno dei casi di mancato addebito di cui al precedente articolo B.2 che abbiano come conseguenza la revoca del frazionamento mensile;
- se il Contraente richiede che le comunicazioni contrattuali avvengano su supporto cartaceo, a differenza di quanto previsto dal precedente articolo A.3.

Se Unisalute revoca il frazionamento mensile, il Contraente dovrà pagare le rate del Premio annuo restanti in un'unica soluzione, concordando con UniSalute una diversa modalità di pagamento.

CHE OBBLIGHI HO

1.11 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Per consentire ad UniSalute di valutare il Rischio occorre compilare in ogni sua voce il Questionario Sanitario, che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante dell'Assicurazione. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza), sia in caso di emissione di un nuovo Polizza che di sua sostituzione, e trasmesso ad UniSalute unitamente alla proposta.

Le dichiarazioni inesatte e/o reticenti e/o le omissioni, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita automatica, totale o parziale, del diritto all'Indennizzo, nonché l'annullamento dell'Assicurazione ai sensi degli articoli. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

1.12 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta a UniSalute dei cambiamenti che aggravano il Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati da UniSalute possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi delle disposizioni dell'articolo 1898 del Codice Civile. Nel caso di diminuzione del Rischio, UniSalute è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, come previsto dall'Art. 1897 del Codice Civile.

1.13 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a dichiarare a UniSalute l'eventuale esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni riguardanti lo stesso Rischio e le medesime garanzie assicurate con il presente contratto, indicandone le Somme assicurate.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.

In caso di Sinistro, il Contraente, o l'Assicurato, **deve avvisare tutti gli assicuratori per iscritto e indicare a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'articolo 1910 del Codice Civile.**

L'Assicurato deve richiedere a ciascun assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo la rispettiva assicurazione autonomamente considerata, purché le somme complessivamente ricevute non superino l'ammontare del danno.

ALTRE NORME

1.14 VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate, che avvengano nel periodo di validità dell'Assicurazione, devono essere comunicate per iscritto ad UniSalute, con le modalità previste dall'articolo "Diritto di ripensamento". Quest'ultima, qualora sussistano le condizioni in capo alle persone da includere, sostituisce il contratto o emette appendice di variazione.

1.15 MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione successive alla stipula della Polizza devono essere accettate da UniSalute e provate per iscritto.

1.16 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente si impegna a mettere a disposizione dei singoli Assicurati di Polizza le Condizioni di Assicurazione (o la Guida al piano sanitario se prevista), concordando preventivamente con UniSalute le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione.

1.17 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative all'Assicurazione, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.

1.18 LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata all'Assicurazione quella italiana (quando il rischio è ubicato in Italia).

1.19 REGIME FISCALE

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipula della Polizza.

L'Imposta sulle Assicurazioni applicata al Premio è pari al:

- 2,5%, per il Premio riferito alle garanzie relative ai Rischi Malattia e Infortunio;
- 10%, per il Premio riferito alle garanzie relative al Rischio Assistenza;

1.20 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

1.21 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DALL'ASSICURAZIONE

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile, il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente Assicurazione è di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

1.22 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018

Ai sensi del 2. comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

SEZIONE 2: SPESE SANITARIE

COSA ASSICURA

2. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato avvenuti durante la sua operatività, rispetto alle seguenti prestazioni:

In caso di Ricovero con o senza intervento chirurgico:

- Ricovero in Istituto di cura;
- Day-hospital;
- Intervento chirurgico ambulatoriale;
- Trapianti;
- Parto cesareo;
- Parto non cesareo e aborto terapeutico;
- Protesi ed Ausili ortopedici;
- Indennità sostitutiva con pre e post ricovero

In assenza di ricovero:

- Prestazioni di alta specializzazione;
- Accertamenti diagnostici;
- Tickets per Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche;
- Prestazioni diagnostiche particolari – Prevenzione;
- Prestazioni odontoiatriche particolari – Prevenzione odontoiatrica;
- Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- Stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
- Diagnosi comparativa.

Le modalità di utilizzo vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie o nell'articolo "Modalità di erogazione delle prestazioni".

2.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

Nel caso di Ricovero in Istituto di Cura UniSalute paga le spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- Ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero, resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente di rimborso, con le modalità previste nell'articolo "Denuncia del Sinistro".

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di Ricovero. Nel solo caso di Ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie (quali, per esempio, bar, televisione, telefono). Nel caso di Ricovero in Istituto di cura non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di 250 (duecentocinquanta) euro al giorno**.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di Ricovero in Istituto di cura non convenzionato con UniSalute, la garanzia è prestata nel **limite di 55 (cinquantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per Ricovero**.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di 55 (cinquantacinque) euro al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per Ricovero**.

g) Post Ricovero

Esami e Accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche eseguite in regime ambulatoriale, prestazioni infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati **nei 120 (centoventi) giorni** successivi alla cessazione del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che lo ha determinato ; sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

h) Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e rientro alla propria abitazione con il **massimo di 1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero**.

Qualora, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, si renda necessario, a giudizio dei medici curanti, il rientro dell'Assicurato in Italia, UniSalute rimborsa le spese per il rientro con i mezzi ritenuti più idonei dai medici curanti.

Tali mezzi potranno essere:

- aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato:
- treno in prima classe e, se necessario, vagone letto:
- autoambulanza.

Le spese così sostenute, compresa l'eventuale assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, vengono rimborsate nel **limite di 5.000 (cinquemila) euro per Sinistro**.

i) Rimpatrio della salma

In caso di decesso all'estero durante un Ricovero, UniSalute rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite di 5.000(cinquemila) euro per Anno e per Assicurato**.

2.1.1 DAY-HOSPITAL

Nel caso di Day-hospital, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste all'articolo "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso indicati.

La garanzia non opera per le Visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

2.1.2 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di Intervento chirurgico ambulatoriale, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste all'articolo "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) Pre-Ricovero, b) Intervento chirurgico, c) Assistenza medica, medicinali, cure, g) Post-Ricovero e h) Trasporto sanitario con i relativi limiti in essi indicati.

2.1.3 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, UniSalute liquida le spese previste all'articolo "Ricovero in Istituto di cura" con i relativi limiti in esso indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-Ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da persona vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il Ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

2.1.4 PARTO CESAREO

In caso di Parto cesareo UniSalute paga le spese per le prestazioni di cui all'articolo "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) Pre-Ricovero b) Intervento chirurgico, c) Assistenza medica, medicinali, cure, d) Retta di degenza, e) Accompagnatore, g) Post-Ricovero, e h) Trasporto sanitario con i relativi limiti in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di 10.000 (diecimila) euro per Anno e per Assicurato, sia in Strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo secondo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia h) Trasporto sanitario.

2.1.5 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di Parto non cesareo e Aborto terapeutico, UniSalute, paga le spese per le prestazioni di cui all'articolo "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) Intervento chirurgico, c) Assistenza medica, medicinali, cure, d) Retta di degenza; relativamente alle prestazioni post-Ricovero vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti all'articolo "Ricovero in Istituto di cura", lettera g) Post-Ricovero, e h) Trasporto sanitario con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di 3.500 (tremilacinquecento) euro per Anno e per Assicurato, sia in Strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo secondo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia h) Trasporto sanitario.

2.1.6 PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI

UniSalute rimborsa le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di protesi ortopediche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di cura. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, ecc.

Il Massimale Annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 3.000 (tremila) euro per Anno e per Assicurato.

2.1.7 INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per le prestazioni effettuate durante il Ricovero, né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post Ricovero con le modalità di cui all'articolo "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) Pre Ricovero e lett. g) Post Ricovero, avrà diritto a **un'indennità di 150 (centocinquanta) euro per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a 100 (cento) giorni per ogni Ricovero**. Le spese relative alle garanzie di pre e post Ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti all'articolo "Modalità di erogazione delle prestazioni" ed assoggettate ad un **Massimale annuo pari a 4.000 (quattromila) euro**.

Qualora l'Assicurato abbia subito un Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tali quelli previsti e indicati alla nell'allegato A "Elenco Grandi Interventi Chirurgici", l'importo giornaliero dell'Indennità

sostitutiva si intende raddoppiato. L'Indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore e in caso di Ricovero in Day -Hospital.

2.1.8 MASSIMALE ASSICURATO PER LE GARANZIE IN CASO DI RICOVERO CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie in caso di Ricovero con e senza Intervento Chirurgico è di 250.000 (duecentocinquantamila) euro per Assicurato e per Anno.

Qualora l'Assicurato abbia subito un Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tali quelli ricompresi nell'allegato A delle Condizioni di Assicurazione e indicati alla Sezione "Elenco Grandi Interventi Chirurgici", il Massimale si intende raddoppiato e non saranno applicati la Franchigia e gli Scoperti previsti al punto b) dell'articolo "Modalità di erogazione delle prestazioni".

2.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

UniSalute paga le spese per le seguenti prestazioni extraricovero, conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) "anche digitale"

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kher
- Colecistografia
- Dacriocistografia/ Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia

- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia
- Radioterapia

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 15.000 (quindicimila) euro per Assicurato.

2.3 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

UniSalute paga le spese per gli Accertamenti diagnostici conseguenti a Malattia o a Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza non compresi nell'elenco di cui all'articolo "Alta specializzazione".

La garanzia non opera per:

- Le visite mediche generiche e specialistiche di ogni natura;
- Esami del sangue, delle urine e delle feci;
- Mineralogia e densitometria ossea computerizzata (MOC e DOC) e Pap Test.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 1.000 (mille) euro per Assicurato.

2.4 TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale UniSalute rimborsa, nei limiti del Massimale assicurato, le spese relative ai tickets per Accertamenti Diagnostici e Visite specialistiche, conseguenti a Malattia o Infortunio.

Per l'attivazione della garanzia occorre una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde ad 1.000 (mille) euro per Assicurato.

2.5 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE

UniSalute paga le prestazioni elencate effettuate una volta l'anno dall'Assicurato in Strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa a seguito di prenotazione.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni diagnostiche particolari previste per gli uomini:

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto

Prestazioni previste per gli uomini a partire dal compimento del 41 (quarantunesimo) anno di età:

- Visita urologica + PSA

Prestazioni diagnostiche particolari previste per le donne:

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)

- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto

Prestazioni previste per le donne a partire dal compimento del 41 (quarantunesimo) anno di età.

- Visita ginecologica + pap-test

2.6 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE ODONTOIATRICA

In deroga a quanto previsto all'articolo "Esclusioni dall'Assicurazione", UniSalute paga una Visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale all'anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa a seguito di prenotazione di prestazioni odontoiatriche.

Nel caso di utilizzo per la seduta di igiene orale di una Struttura non convenzionata, è previsto il rimborso della spesa sostenuta con **il limite di 60 (sessanta) euro all'Anno**.

Nel caso in cui, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso Anno, UniSalute autorizza e liquida nei limiti sopra indicati.

Inoltre, per altre prestazioni odontoiatriche che si rendessero necessarie, l'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della rete convenzionata, di un'autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati di UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto, stabilendo un Piano di Cura. **Il costo di queste prestazioni resta a carico dell'Assicurato.**

2.7 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'articolo "Esclusioni dall'Assicurazione", UniSalute liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa dovuti alle seguenti patologie:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare

Si specifica che non è prevista la possibilità di chiedere il rimborso per le prestazioni effettuate in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La Documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione è la seguente:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso e ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma e odontoma.

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato.

2.8 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

2.8.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

In deroga a quanto previsto all'articolo. "Esclusioni dall'Assicurazione" UniSalute, nel limite del Massimale mensile di cui all'articolo "Massimale mensile assicurato", garantisce attraverso la propria rete di Strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nell'articolo "Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA", sempre che sia comprovata la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

2.8.2 CONDIZIONI DI OPERATIVITA'

Ai fini dell'operatività della garanzia, al momento di effetto della Polizza, le persone Assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni:

1. Non avere limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a. Lavarsi
 - b. Vestirsi e svestirsi
 - c. Andare al bagno e usarlo
 - d. Spostarsi
 - e. Continenza
 - f. Nutrirsi
2. **Non essere in diritto ad invalidità civile o aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.**
3. **Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche**

o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.

4. **Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.**
5. Aver compiuto 18 (diciotto)anni al momento di effetto della Polizza.

2.8.3 MASSIMALE MENSILE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", **il Massimale mensile garantito per il complesso delle prestazioni di cui alla presente garanzia corrisponde a 800 (ottocento) euro.**

2.8.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO

UniSalute riconosce l'Indennizzo se l'Assicurato si trova ancora in vita dopo 60 (sessanta) giorni dalla denuncia scritta a UniSalute dello stato di non autosufficienza.

2.8.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

Viene riconosciuto in Stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari della vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 (quaranta) punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente Autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno

10

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi

5

3° grado

L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi

10

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1°grado

L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
(1) andare in bagno
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

10

SPOSTARSI

PUNTEGGIO

1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi

0

2° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore

5

3° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi

10

CONTINENZA

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente continente

0

2° grado

L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno

5

3° grado

L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia

10

NUTRIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività

preparatorie:

- sminuzzare/tagliare cibo

5

- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

3° grado

L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale

10

2.8.6 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA

L'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, che si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi dell' articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", deve telefonare alla Centrale Operativa di UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), **al numero verde 800-009934** (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del Massimale mensile previsto all'articolo "Massimale mensile assicurato" e previa valutazione di UniSalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

UniSalute intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, effettua una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora UniSalute valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socioassistenziali erogati dalle strutture socioassistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza.

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno o il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, deve produrre la documentazione specificata all'articolo "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte di UniSalute". Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della Documentazione sanitaria pervenuta, UniSalute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio medico ed eventualmente del Case Manager.

1) Nel caso in cui UniSalute riconosca lo Stato di non autosufficienza consolidato il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL).

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sottoelencate, UniSalute, nei limiti del Massimale mensile di cui all'articolo "Massimale mensile assicurato", provvederà a prenotare,

autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.

All'assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico di UniSalute, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato, dall'Amministratore di sostegno o Tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio-Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di Ricovero.

UniSalute procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate con UniSalute stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

UniSalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

2) Nel caso in cui UniSalute riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL).

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute.

UniSalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

UniSalute si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, UniSalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di UniSalute, nei limiti del Massimale mensile.

Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo Stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato.

Laddove il punteggio assegnato da UniSalute al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute.

4) Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), UniSalute provvederà a rimborsargli, nei limiti del Massimale previsto all'articolo "Massimale mensile assicurato", esclusivamente la retta mensile.

2.9 DIAGNOSI COMPARATIVA

UniSalute offre all'Assicurato la possibilità di ricevere un secondo e qualificato parere in merito alla formulazione di una diagnosi già ricevuta o di un'impostazione terapeutica **già prescritta dal medico curante e/o dai sanitari curanti**, con le indicazioni più utili per trattare la patologia in atto grazie all'autorevole consulenza di esperti internazionali delle diverse discipline specialistiche individuati dalla UniSalute.

Per l'attivazione della garanzia l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa e concordare con il medico di UniSalute la documentazione sanitaria necessaria da inviare ai fini dell'individuazione della miglior cura della patologia.

L'accesso al servizio è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto

- Ictus
- Ustioni Gravi

CHE COSA NON È ASSICURATO

2.10 ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non opera per:

1. le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati a UniSalute o non evidenziati nel Questionario Sanitario con dolo o colpa grave;
2. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula della Polizza, incluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
3. la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
4. le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
5. il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
6. il trattamento delle Malattie diretta conseguenza di HIV;
7. il trattamento delle Malattie diretta conseguenza di Sindromi organiche cerebrali;
8. le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
9. le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
10. l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
11. gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;

12. le prestazioni con finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
13. le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
14. le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere Assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
15. le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di cura;
16. le protesi dentarie, la cura delle paraodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
17. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di Terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
18. le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
19. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

COME ASSICURA

2.11 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Garanzia "Ricovero in Istituto di cura"

Copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:

- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie NON convenzionate;
- il Servizio Sanitario Nazionale.

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, UniSalute:

- paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le spese relative alle prestazioni ricevute, **con l'applicazione di una Franchigia di 800 (ottocento) euro a carico dell'Assicurato;**
- rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti a) Pre Ricovero, f) Assistenza infermieristica privata individuale, h) Trasporto sanitario e i) Rimpatrio della salma dell'articolo "Ricovero in Istituto di cura", nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie NON convenzionate, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese dallo stesso sostenute con l'applicazione di uno **Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 1.500 (millecinquecento) euro e massimo non indennizzabile di 10.000 (diecimila)**

euro a carico dell'Assicurato, ad eccezione di quelle per cui sono espressamente specificati i limiti e le modalità di rimborso.

c) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, verrà attivata la garanzia prevista all'articolo "Indennità Sostitutiva".

Qualora il Ricovero avvenga in regime di Libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) o b) del presente articolo.

Garanzia "Day Hospital"

Le modalità di erogazione sono le stesse previste per la garanzia "Ricovero in Istituto di cura".

Garanzia "Intervento chirurgico ambulatoriale"

Le modalità di erogazione sono le stesse previste per la garanzia "Ricovero in Istituto di cura", lett. a) Pre ricovero, b) Intervento chirurgico, c) Assistenza medica, medicinali, cure, g) Post ricovero e h) Trasporto sanitario.

Garanzia "Trapianti"

Le modalità di erogazione sono le stesse previste per la garanzia "Ricovero in Istituto di cura".

Garanzia "Parto Cesareo"

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, UniSalute:

- paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata l'Indennizzo le spese relative alle prestazioni ricevute;
- rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti a) Pre Ricovero, f) Assistenza infermieristica privata individuale, h) Trasporto sanitario e i) Rimpatrio della salma dell'Articolo "Ricovero in Istituto di cura" dell'articolo "Ricovero in Istituto di cura", nei limiti previsti ai punti indicati ed entro il massimale di 10.000 (diecimila) euro per Anno e per Assicurato.

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie NON convenzionate, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese dallo stesso sostenute senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie, entro il limite di 10.000 (diecimila) euro per Anno e per Assicurato.

c) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, verrà attivata la garanzia prevista all'articolo "Indennità Sostitutiva".

Qualora il Ricovero avvenga in regime di Libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) o b) del presente articolo entro il limite di 10.000 (diecimila) euro per Anno e per Assicurato.

Garanzia "Parto non cesareo e aborto terapeutico"

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, UniSalute:

- paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le spese relative alle prestazioni ricevute;
- rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti a) Pre Ricovero, f) Assistenza infermieristica privata individuale, h) Trasporto sanitario e i) Rimpatrio della salma dell'articolo "Ricovero in Istituto di cura" nei limiti previsti ai punti indicati ed entro il Massimale di 3.500 (tremilacinquecento) euro per Anno e per Assicurato.

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie NON convenzionate, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese dallo stesso sostenute senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie, entro il limite di 3.500 (tremilacinquecento) euro per Anno e per Assicurato.

c) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, verrà attivata la garanzia prevista all'articolo "Indennità Sostitutiva".

Qualora il Ricovero avvenga in regime di Libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) o b) del presente articolo, entro il limite di 3.500 (tremilacinquecento) euro per Anno e per Assicurato.

Garanzia "Protesi e Ausili ortopedici"

UniSalute rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato senza Scoperti o Franchigie entro il limite di 3.000 (tremila) euro per Anno e per Assicurato.

Garanzia "Indennità sostitutiva con pre e post Ricovero"

UniSalute riconosce **un'indennità di 150 (centocinquanta) euro per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a 100 (cento) giorni per ogni Ricovero.**

Per le spese di pre e post ricovero, di cui alla lettera a) e g) dell'articolo "Ricovero in Istituto di cura" **entro il limite di 4.000 (quattromila) euro:**

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le spese relative alle prestazioni ricevute senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie;

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie NON convenzionate, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese dallo stesso sostenute senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie;

c) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa all'Assicurato i ticket sanitari senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie;

Garanzia "Alta specializzazione"

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie.

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie NON convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

c) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il Massimale annuo assicurato corrisponde a 15.000 (quindicimila) euro per Assicurato.

Garanzia "Accertamenti diagnostici"

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate da UniSalute alle strutture medesime senza l'applicazione di Scoperti o Franchigie.

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie NON convenzionate, le spese sostenute vengono rimborsate con **l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Visita specialistica o Accertamento diagnostico.**

c) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il Massimale annuo assicurato corrisponde a 1.000 (mille) euro per Assicurato.

Garanzia "Tickets per Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici"

La garanzia opera solo nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale e UniSalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde ad 1.000 (mille) euro per Assicurato.

Garanzia "Prestazioni diagnostiche particolari- Prevenzione"

Le prestazioni sono erogate esclusivamente in Strutture sanitarie convenzionate.

Garanzia "Prestazioni odontoiatriche particolari- Prevenzione odontoiatrica"

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, le spese per la prestazione erogata vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di Scoperti o Franchigie.

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie NON convenzionate, UniSalute rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato **entro il limite di 60 (sessanta) euro all'Anno.**

Garanzia "Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero"

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di Scoperti o Franchigie.

b) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato.

Non è prevista alcuna forma di rimborso in caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.

Garanzia "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente"

La garanzia è prestata nelle modalità specificatamente indicate nell'Articolo "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente".

Garanzia "Diagnosi comparativa"

La garanzia è prestata nelle modalità specificatamente indicate nell'Articolo "Diagnosi comparativa".

2.12 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo secondo le seguenti modalità:

- Nel caso di permanenza dell'Assicurato all'estero per motivi di lavoro, di studio o di turismo, la garanzia è operante per le spese sanitarie sostenute per l'Assistenza medica d'urgenza conseguente a Malattia o a Infortunio senza le penalizzazioni previste per le strutture non convenzionate. L'urgenza deve essere certificata dalla struttura sanitaria che fornisce le prestazioni.
- Le prestazioni senza carattere d'urgenza erogate all'estero verranno rimborsate senza l'applicazione delle penalizzazioni previste per le strutture non convenzionate solamente in seguito ad autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, che sarà concessa nel caso in cui le Terapie mediche e/o chirurgiche di cui l'Assicurato necessita non possano essere ottenute in Italia per la particolare tecnica medica o, pur potendo essere ottenute in Italia, in tempi che ne compromettano l'efficacia terapeutica.
- Nel caso di prestazioni sanitarie effettuate all'estero dall'Assicurato, senza la preventiva autorizzazione, il rimborso è effettuato con l'applicazione delle franchigie e/o degli scoperti previsti per le Strutture sanitarie non convenzionate.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie convenzionate	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie NON convenzionate	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti	
				Sottomassimale	Massimale
RICOVERO, DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE, TRAPIANTI, PARTO CESAREO, PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO	Franchigia di 800 euro	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 1.500 (millecinquecento) euro e massimo non indennizzabile di 10.000 (diecimila) euro		(<u>PARTO CESAREO</u>) 10.000 (diecimila) euro per Anno e per Assicurato (<u>PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO</u>) 3.500 (tre milacinquecento) euro per Anno e per Assicurato	Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie pari a 250.000 (duecentocinquanta mila) euro per Assicurato e Anno che raddoppia in caso di Ricovero per Grande Intervento Chirurgico
PRE RICOVERO	Rimborso integrale delle spese	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 1.500 (millecinquecento) euro e massimo non indennizzabile di 10.000 (diecimila) euro			

INTERVENTO CHIRURGICO	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 1.500 (millecinquecen to) euro e massimo non indennizzabile di 10.000 (diecimila) euro			
ASSISTENZA MEDICA, MEDICINALI, CURE	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 1.500 (millecinquecen to) euro e massimo non indennizzabile di 10.000 (diecimila) euro			
RETTE DI DEGENZA	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Limite di 250 (duecentocinqu anta) euro al giorno			
ACCOMPAGNATO RE	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Sottolimito di 55 (cinquantacinqu e) euro al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero			
ASSISTENZA INFERMIERISTICA PRIVATA INDIVIDUALE	Sottolimito di 55 (cinquantacinqu e) euro al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero	Sottolimito di 55 (cinquantacinqu e) euro al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero			
POST RICOVERO	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 1.500 (millecinquecen			

		to) euro e massimo non indennizzabile di 10.000 (diecimila) euro			
TRASPORTO SANITARIO	Sottolimito di 1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero (5.000 (cinquemila) euro in caso di ricovero all'estero)	Sottolimito di 1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero (5.000 (cinquemila) euro in caso di ricovero all'estero)			
PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI	Sottolimito di 3.000 (tremila) euro per Anno e per Assicurato	Sottolimito di 3.000 (tremila) euro per Anno e per Assicurato			
RIMPATRIO DELLA SALMA	Limite di 5.000 (cinquemila) euro per Anno e per Assicurato	Limite di 5.000 (cinquemila) euro per Anno e per Assicurato			
INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO	Garanzia prevista solo in SSN	Garanzia prevista solo in SSN	Importo giornaliero di 150 (centocinquanta) euro fino a 100 giorni di Ricovero (con raddoppio dell'importo in caso di Ricovero per Grande Intervento)	PRE E POST RICOVERO 4.000 (quattromila) euro per Anno e per Assicurato	
PRE RICOVERO	Rimborso integrale delle spese	Rimborso integrale delle spese			
POST RICOVERO	Rimborso integrale delle spese	Rimborso integrale delle spese			

Prestazioni assicurate in assenza di RICOVERO	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie convenzionate	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie NON convenzionate	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti
ALTA SPECIALIZZAZIONE	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Accertamento diagnostico o ciclo di terapia	Rimborso integrale dei Tickets	15.000 (quindicimila) euro per Anno e per Assicurato
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni Visita specialistica o Accertamento diagnostico	Rimborso integrale dei Tickets	1.000 (mille) euro per Assicurato
TICKETS PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE	-	-	Rimborso integrale dei Tickets	1.000 (mille) euro per Assicurato
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI - PREVENZIONE	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Garanzia prevista solo in Strutture sanitarie convenzionate	Garanzia prevista solo in Strutture sanitarie convenzionate	Una volta all'Anno
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE ODONTOIATRICA	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Solo per sedute di igiene orale con un Sottolimito di 60 (sessanta) euro all'Anno	Non previsto	
INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Non previsto	Rimborso integrale dei Tickets	Limite annuo di 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato
STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	In caso di degenza in RSA	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	800 (ottocento) euro mensili

DIAGNOSI COMPARATIVA	Liquidazione diretta a carico di UniSalute	Garanzia prevista solo in Strutture sanitarie convenzionate	Garanzia prevista solo in Strutture sanitarie convenzionate	
-----------------------------	--	---	---	--

SEZIONE 3: GARANZIE ASSISTENZA E SERVIZI DI CONSULENZA

COSA ASSICURA

3 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione eroga i seguenti servizi di consulenza:

Servizi di consulenza:

- Informazioni generiche sul contratto
- Prenotazioni di prestazioni sanitarie

L'Assicurazione opera per le seguenti prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati:

Prestazioni di Assistenza:

In Italia

- Invio di un medico
- Rientro dal Ricovero di primo soccorso
- Trasferimento in un centro medico specializzato
- Pareri medici immediati

All'estero

- Viaggio di un familiare all'estero
- Invio di medicinali urgenti all'estero
- Rimpatrio sanitario

3.1 SERVIZI DI CONSULENZA

3.1.1 INFORMAZIONI GENERICHE SUL CONTRATTO

La Centrale operativa eroga all'Assicurato un servizio di informazioni generiche sul contratto quali:

- le prestazioni incluse nelle garanzie, Massimali, Franchigie o Scoperti, eventuale documentazione per attivare la copertura;
- stato di valutazione delle pratiche di rimborso;
- modalità di richiesta di rimborso.

3.1.2 PRENOTAZIONI DI PRESTAZIONI SANITARIE

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di Assistenza diretta nelle Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

3.2 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

3.2.1 INVIO DI UN MEDICO

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

3.2.2 RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 (trecento) km per evento.

3.2.3 TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO

Se l'Assicurato in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, **previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento**, la Centrale Operativa organizza il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata può, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato

3.2.4 PARERI MEDICI IMMEDIATI

Qualora in conseguenza di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

3.2.5 VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO

Nel caso in cui, in conseguenza di Malattia o di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un Ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel **limite di 100 (cento) euro per Sinistro**.

3.2.6 INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO

Qualora in conseguenza di Malattia o di Infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (semprech  siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa invia con il mezzo di trasporto pi  rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

3.2.7 RIMPATRIO SANITARIO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa organizza il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano pi  idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. Il trasporto   interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'Assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermit  che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

CHE COSA NON È ASSICURATO

3.3 ESCLUSIONI

La Centrale Operativa non fornisce:

- a) le Prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza;
- b) alcun aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle prestazioni.

COME ASSICURA

3.4 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI CONSULENZA

I servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009934** dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+39 051-6389046**.

3.5 MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA

UniSalute eroga le prestazioni di Assistenza sopra esposte attraverso la propria rete convenzionata. L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-212477** attivo 24 ore su 24, dall'Estero al numero **+39 051-4161781**.

3.6 ESTENSIONE TERRITORIALE

La garanzia Assistenza, **fermi i limiti territoriali eventualmente previsti dalle singole prestazioni**, è prestata in tutto il mondo.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni di assistenza e servizi di consulenza	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie convenzionate	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture sanitarie NON convenzionate	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti
INFORMAZIONI GENERICHE SUL CONTRATTO	-	-	-	-
PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE	-	-	-	-
INVIO DI UN MEDICO	-	-	-	-
RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO	-	-	-	Max 300(trecento)km per evento
TRASFERIMENTO IN UN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO	-	-	-	-
PARERI MEDICI IMMEDIATI	-	-	-	-
VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO	-	-	-	100(euro) per Sinistro
RIMPATRIO SANITARIO	-	-	-	-

SEZIONE 4: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

4 DENUNCIA DEL SINSISTRO: NORME SPECIFICHE PER LE GARANZIE SPESE SANITARIE

Sono previste le seguenti modalità di apertura/denuncia di un Sinistro:

1. **Sinistri relativi a prestazioni sanitarie che devono essere eseguite presso Strutture sanitarie convenzionate**

L'Assicurato deve prenotare la prestazione sanitaria utilizzando una delle seguenti modalità:

- contattare direttamente la Struttura sanitaria convenzionata per prenotare la prestazione e comunicare l'appuntamento a UniSalute utilizzando l'apposita funzione *Fai una nuova prenotazione/prenotazione* presente rispettivamente sul sito **www.unisalute.it**, all'interno dell'Area Servizi Clienti e sull'app **UniSalute Up**;
- prenotare la prestazione utilizzando la stessa funzione *Fai una nuova prenotazione/prenotazione* presente rispettivamente sul sito **www.unisalute.it** e sull'app **UniSalute Up**;
- prenotare la prestazione contattando la Centrale Operativa al **numero verde gratuito 800-009934 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0514161791)**.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno. UniSalute provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di Polizza.

La Struttura sanitaria convenzionata non può richiedere all'Assicurato il pagamento delle prestazioni oggetto della Presa in Carico, né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa. **La Struttura sanitaria convenzionata può soltanto richiedere all'Assicurato il pagamento di quanto rimasto a suo carico** (es. prestazioni non coperte dall'Assicurazione o eccedenti i Massimali previsti, Franchigie, Scoperti, etc.).

Sono considerate prestazioni eseguite presso Strutture sanitarie NON convenzionate:

- le prestazioni sanitarie prenotate ed eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata con modalità diverse da quelle indicate nel presente articolo;
- le prestazioni sanitarie non convenzionate eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata.

Pertanto, in questi casi:

- a) se l'Assicurazione copre anche i Sinistri relativi a prestazioni effettuate presso strutture sanitarie NON convenzionate, UniSalute rimborsa le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per queste prestazioni alle condizioni previste dall'Assicurazione;
- b) se l'Assicurazione non copre anche i Sinistri relativi a prestazioni effettuate presso strutture sanitarie NON convenzionate, queste prestazioni non sono considerate in copertura.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

In caso di:

- **Ricovero o Day Hospital o Intervento chirurgico ambulatoriale;**

L'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della documentazione necessaria.

In caso di:

- **richiesta di un piano di cure odontoiatrico, l'Assicurato, o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa** e la conseguente trasmissione della "presa in carico" al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l'Assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo Sinistro nella Struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà ad UniSalute:

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all'esame di tale documentazione UniSalute provvederà ad inviare alla Struttura convenzionata la "Presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La "Presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei Massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

In caso di:

- **Diagnosi comparativa,** l'Assicurato può sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, contattando direttamente la Centrale

Operativa di UniSalute attraverso il numero verde **800-009934**. In tal modo l'Assicurato è tempestivamente informato della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve inviare a UniSalute la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la Diagnosi comparativa. Tale documentazione viene poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione di un terapeuta italiano o estero esperto in quella specifica patologia.

2. Sinistri relativi a prestazioni sanitarie eseguite presso strutture sanitarie NON convenzionate

Per le prestazioni sanitarie eseguite presso strutture sanitarie NON convenzionate, incluse quelle del Servizio Sanitario Nazionale, è prevista la **modalità rimborsuale**. Pertanto, **l'Assicurato deve pagare direttamente alla Struttura sanitaria il costo della prestazione eseguita e richiederne il rimborso a UniSalute.**

Per richiedere il rimborso di quanto speso in strutture sanitarie NON convenzionate, l'Assicurato può utilizzare la funzione disponibile sul sito **www.unisalute.it** – Area Clienti e caricare i documenti in formato elettronico oppure utilizzare l'app **UniSalute Up**, caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso.

In alternativa, è possibile richiedere il rimborso delle spese sanitarie inviando a UniSalute la documentazione richiesta tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), al seguente indirizzo: **UniSalute S.p.A. – Rimborsi clienti - Via Larga, 8 – 40138 Bologna.**

La documentazione cartacea da inviare tramite servizio postale è la seguente:

- modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte (Allegato B);
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento; Le distinte e le ricevute devono riportare in modo analitico le prestazioni effettuate ed il relativo costo.
- In caso di Ricovero o Day Hospital copia della cartella clinica completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- In caso di Intervento chirurgico ambulatoriale copia completa della documentazione clinica conforme all'originale;
- In caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- Eventuale altra documentazione specifica indicata in ciascuna garanzia;

Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute ha sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali

della già menzionata documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'Indennizzo è pagato in euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera sono convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Se l'Assicurato ha ottenuto da altre Imprese di Assicurazione il rimborso delle spese sanitarie da lui sostenute in relazione al medesimo Sinistro per cui viene richiesto il rimborso a UniSalute, all'Assicurato viene liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare deve essere documentato e certificato.

3. Sinistri relativi a prestazioni di natura indennitaria (Indennità sostitutiva)

Per richiedere l'erogazione delle somme assicurate, l'Assicurato può utilizzare alternativamente:

- la funzione disponibile sul sito **www.unisalute.it** – Area Clienti e caricare i documenti in formato elettronico oppure utilizzare la app **UniSalute Up**, caricando la foto dei documenti richiesti;
- servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo **UniSalute S.p.A. – Rimborsi clienti - Via Larga, 8 – 40138 Bologna** inviando la documentazione cartacea dei documenti.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute ha sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'Indennizzo è pagato in euro.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

4.1. DENUNCIA DEL SINISTRO: NORME SPECIFICHE PER LE GARANZIE “STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE”

4.1.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DI UNISALUTE

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, il suo Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà:

- a) chiamare il **numero verde gratuito 800-009934** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre ad UniSalute ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del Sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa all'Assicurato sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato;
- Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare a UniSalute tutta la Documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l'impossibilità per UniSalute di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

UniSalute ha la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, UniSalute, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in Polizza decorre dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di Ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il Ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del Questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata a UniSalute.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

UniSalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato da UniSalute quando il contratto sia ancora in vigore e:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustificano l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento delle prestazioni, con le modalità di cui agli articoli "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" e "Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA" decorre dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

4.1.2 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di UniSalute secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo "Massimale mensile assicurato" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" e "Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA":

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

4.1.3 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni avvalendosi di strutture e/o di personale convenzionati con UniSalute, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'Assicurato opti per il pagamento diretto da parte di UniSalute, della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo Amministratore di sostegno o Tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di Polizza, eccedenti la somma assicurata o non autorizzate da UniSalute.

4.1.4 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

UniSalute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta di UniSalute.

4.1.5 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato; il modulo di informativa all'Assicurato sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla UniSalute tutta la Documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione a UniSalute della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte

di specifica richiesta da parte di UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

4.2 DENUNCIA DEL SINSISTRO: NORME SPECIFICHE PER LE GARANZIE DI ASSISTENZA

In caso di Sinistro l'Assicurato deve:

- **presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alle prestazioni** (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.).
- **contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-212477 attivo 24 ore su 24.** Gli operatori della Centrale Operativa e della Struttura Organizzativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano di copertura. Dall'Estero contattare il numero +39 051-4161781.

UniSalute sostiene i costi delle sole Prestazioni di Assistenza indispensabili ad aiutare l'Assicurato ad affrontare la situazione di difficoltà che si è verificata, fino al momento in cui tale difficoltà cessa e comunque entro i limiti di spesa stabiliti dall'Assicurazione.

4.3 NORME COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

4.3.1 AREA TERRITORIALE SCOPERTA

Se l'Assicurato risiede alternativamente:

- **ad una distanza superiore a 20 (venti) km dalla Struttura sanitaria convenzionata più vicina;**
- **in una provincia diversa dalla Struttura sanitaria convenzionata più vicina;**

nel caso in cui utilizzi una Struttura sanitaria non convenzionata riceverà, previa autorizzazione della Centrale Operativa, il rimborso delle spese sanitarie da lui sostenute applicando i limiti e i Massimali previsti per la medesima prestazione eseguita da una Struttura sanitaria convenzionata.

4.3.2 PAGAMENTO DEL SINISTRO

Relativamente ai Sinistri per cui è prevista la modalità rimborsuale, UniSalute provvede al pagamento del Sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra UniSalute e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "Controversie e arbitrato irrituale", dietro presentazione della documentazione richiesta e salvo che non ricorra una delle esclusioni contrattualmente previste.

4.3.3 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

UniSalute conserva e allega ai fascicoli dei Sinistri la documentazione di spesa ricevuta in copia dall'Assicurato.

Nei casi in cui UniSalute richiede la produzione degli originali, svolte le opportune verifiche, li restituisce all'Assicurato.

UniSalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, invia i seguenti riepiloghi in caso di richiesta da parte dell'Assicurato alla Centrale Operativa:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;
- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

4.3.4 OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

In caso di prestazione sanitaria effettuata in Istituto di cura convenzionato o non convenzionato, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 2033 del Codice Civile, dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate da UniSalute all'Istituto di cura o rimborsate direttamente all'Assicurato stesso.

4.3.5 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da 3 (tre) medici.

I membri del Collegio Arbitrale sono nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunisce nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, mentre le spese del terzo Arbitro verranno remunerate dalla Parte soccombente.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

ALLEGATO A: ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

- *Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale*
- *Interventi di cranioplastica*
- *Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale*
- *Asportazione tumori dell'orbita*
- *Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)*
- *Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore*
- *Interventi sul plesso brachiale*

OCULISTICA

- *Interventi per neoplasie del globo oculare*
- *Intervento di enucleazione del globo oculare*

OTORINOLARINGOIATRIA

- *Asportazione di tumori maligni del cavo orale*
- *Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)*
- *Interventi demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)*
- *Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare*
- *Ricostruzione della catena ossiculare*
- *Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico*
- *Asportazione di tumori glomici timpanogiugulari*

CHIRURGIA DEL COLLO

- *Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale*
- *Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia*

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- *Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici*
- *Interventi per fistole bronchiali*
- *Interventi per echinococchi polmonare*
- *Pneumectomia totale o parziale*
- *Interventi per cisti o tumori del mediastino*

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- *Interventi sul cuore per via toracotomica*
- *Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica*
- *Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica*
- *Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale*
- *Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario*
- *Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi*
- *Asportazione di tumore glomico carotideo*

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- *Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago*
- *Interventi con esofagoplastica*
- *Intervento per mega-esofago*
- *Resezione gastrica totale*

- *Resezione gastro-digiunale*
- *Intervento per fistola gastro-digiunocolica*
- *Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)*
- *Interventi di amputazione del retto-ano*
- *Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale*
- *Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale*
- *Drenaggio di ascesso epatico*
- *Interventi per echinococcosi epatica*
- *Resezioni epatiche*
- *Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari*
- *Interventi chirurgici per ipertensione portale*
- *Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica*
- *Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica*
- *Interventi per neoplasie pancreatiche*

UROLOGIA

- *Nefroureterectomia radicale*
- *Surrenalectomia*
- *Interventi di cistectomia totale*
- *Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia*
- *Cistoprostatovesicolectomia*
- *Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale*
- *Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare*

GINECOLOGIA

- *Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia*
- *Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica*
- *Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia*

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- *Interventi per costola cervicale*
- *Interventi di stabilizzazione vertebrale*
- *Interventi di resezione di corpi vertebrali*
- *Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni*
- *Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei*
- *Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio*

CHIRURGIA PEDIATRICA

(gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- *Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)*
- *Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite*
- *Correzione chirurgica di megauretere congenito*
- *Correzione chirurgica di megacolon congenito*

TRAPIANTI DI ORGANO

- *Tutti.*

INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(di seguito, **"Informativa Privacy"**)
UNS_Info_CoCo_04 – Ed. 01.01.2025

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il **"Regolamento"**), La informiamo che UniSalute S.p.A. (di seguito, **"UniSalute"** o la **"Compagnia"**), per fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali riferibili a Lei e/o agli ulteriori eventuali interessati, per le finalità di seguito indicate.

Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente (di seguito, il **"Contraente"**), agli eventuali altri soggetti (di seguito, i **"Terzi Interessati"**) a cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (a titolo esemplificativo, il beneficiario della polizza assicurativa ovvero ogni altro interessato a qualunque titolo coinvolto).

Chi tratterà i dati personali?

Il titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (<https://www.unisalute.it>), con sede in Via Larga 8, 40138, Bologna.

Quali dati personali tratteremo?

Saranno raccolte e trattate le seguenti categorie di dati personali (i **"Dati"** o i **"Suoi Dati"**) riferibili a Lei e/o ai Terzi Interessati:

- a) dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale);
- b) dati di contatto (numero di telefono e indirizzo *e-mail*);
- c) coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN);
- d) categorie particolari di dati² (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'area riservata).

Si tratta dei Dati, che Lei stesso o altri soggetti³ ci fornite, indispensabili per erogare, in favore del Contraente e/o dei Terzi Interessati, i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) – Predisposizione del contratto assicurativo:** i Dati saranno trattati per la predisposizione del contratto assicurativo (il **"Contratto"**);
- **(F2) – Esecuzione del Contratto⁴:** i Dati saranno trattati dalla Compagnia per l'erogazione dei servizi assicurativi. Precisiamo che, nell'ambito del predetto Contratto, i Dati potranno essere anche trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei Dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) e per lo svolgimento di attività di analisi, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie;
- **(F3) – Area riservata:** se deciderà di registrarsi all'area riservata (l'**"Area Riservata"**) del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (l'**"App"**), qualora prevista dal Suo piano sanitario, tratteremo i Dati per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dal Contratto;
- **(F4) – Invio di comunicazioni di servizio:** i Dati relativi ai Suoi recapiti saranno utilizzati per inviarLe avvisi e comunicazioni di servizio⁵, eventualmente anche per il tramite dell'App;
- **(F5) – Condivisione dei Suoi dati con gli appartenenti al nucleo familiare assicurato:** al momento della registrazione all'Area Riservata, ove presente, Le sarà possibile scegliere se condividere i Suoi dati personali, anche rientranti in categorie particolari, con gli eventuali Terzi Interessati, purché appartenenti al Suo nucleo familiare assicurato, oppure se gestire in autonomia la Sua posizione. Le forniremo ulteriori informazioni sulla condivisione dei Suoi Dati con un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata⁶;

² Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

³ Ad esempio, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative; eventuali soggetti che abbiano stipulato nell'interesse di un terzo la polizza assicurativa; contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario; eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le Sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ A titolo esemplificativo e non esaustivo, per la raccolta dei premi; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno.

⁵ Le comunicazioni di servizio, che Le verranno fornite a mezzo e-mail, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche *push*, riguarderanno le informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

⁶ L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione **"privacy"** del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

- **(F6) – Perseguimento di esigenze amministrativo contabili e adempimento degli obblighi normativi:** i Dati saranno trattati al fine di perseguire esigenze amministrativo – contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili in base alle prestazioni richieste, e stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza⁷;
- **(F7) – Comunicazioni commerciali e promozionali ("Marketing"):** i Dati del solo Contraente potranno essere altresì trattati da parte di UniSalute per comunicazioni commerciali relative a prodotti o servizi della Compagnia, delle società facenti parte del Gruppo Unipol⁸ e/o di terzi. In particolare, i Dati saranno utilizzati per l'invio di comunicazioni promozionali, newsletter e materiale pubblicitario, attività di vendita diretta e compimento di ricerche di mercato, incluse indagini sulla qualità e soddisfazione dei servizi, mediante tecniche di comunicazione a distanza comprensive di modalità automatizzate di contatto (come SMS, MMS, fax, chiamate telefoniche automatizzate, posta elettronica, messaggi su applicazioni web) e tradizionali (come posta cartacea e chiamate telefoniche con operatore);
- **(F8) – Invio di comunicazioni commerciali riguardanti prodotti e/o servizi analoghi (Soft-Spam):** i Dati del solo Contraente potranno essere altresì trattati da parte di UniSalute per inviare comunicazioni commerciali inerenti a prodotti e/o servizi analoghi a quelli già previamente acquistati, al solo indirizzo di posta elettronica fornito da parte del Cliente durante la fase di acquisto, salvo Sua opposizione;
- **(F9) – Tutela dei propri diritti:** il trattamento potrà avvenire, inoltre, al fine di agire a tutela dei diritti della Compagnia, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c);	Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente. I Dati riferibili ai Terzi Interessati saranno trattati sulla base del legittimo interesse a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi.	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
F2	a); b); c); d);	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Per quanto riguarda il trattamento dei Dati per finalità antifrode e per l'analisi tariffaria, la base giuridica è il legittimo interesse di UniSalute correlato (i) alla necessità di prevenire e contrastare frodi in suo danno e (ii) alla necessità di svolgere attività di analisi dei Dati per valutazioni di carattere statistico e tariffario. I Dati riferibili ai Terzi Interessati, beneficiari di polizza, acquisiti nella fase precontrattuale, saranno trattati sulla base del legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione alle richieste del	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato ⁹ .

⁷ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

⁸ Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

⁹ Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei Dati, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziale).

		Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	
F3	a); b); c); d)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi <i>online</i> tramite l'Area Riservata. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tale finalità. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F4	a); b); d)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere ad obblighi normativi e, in ogni caso, nella necessità di dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F5	a); b); c); d);	La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati. Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata. Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.	Precisiamo, sin da subito, che il mancato rilascio del consenso non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e/o all'esecuzione del Contratto, ma precluderà solamente la condivisione dei Dati. Resta ferma, inoltre, la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F6	a); b); c);	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F7	a); b) – limitatamente ai Dati del solo Contraente.	La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso del Contraente.	Il mancato conferimento dei Dati per questa finalità, nonché il mancato rilascio del consenso, espresso per la medesima finalità, non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e all'esecuzione della polizza assicurativa, ma precluderà il solo invio delle suddette comunicazioni al Contraente. Resta ferma la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non

			pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F8	a); b) – limitatamente all'indirizzo <i>e-mail</i> del solo Contraente.	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute allo svolgimento di attività di marketing diretto, nei limiti di quanto previsto dall'art. 130, comma 4, del D. Lgs. 196/2003.	Il conferimento dei Dati è libero e facoltativo. Inoltre, sarà sempre possibile opporsi all'invio di queste comunicazioni mediante il tasto <i>unsubscribe</i> o scrivendo all'indirizzo <i>e-mail</i> : privacy@unisalute.it .
F9	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti. Tratteremo i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per difendere un diritto di UniSalute in giudizio, sulla base dell'articolo 9, comma 2, lettera f).	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.

Come tratteremo i Suoi Dati?

I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi. I Dati saranno resi accessibili al solo personale autorizzato, nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- I. soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati¹⁰;
- II. ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i Dati potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre società facenti parte, come la titolare UniSalute, del Gruppo Unipol;
- III. soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.): la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche.

I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti o nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano¹¹ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, ove indispensabile per il perseguimento di legittimi interessi correlati a tali esigenze, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

I Suoi Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili.

In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1	I Suoi Dati saranno trattati per l'intera durata della fase precontrattuale. In caso di mancata sottoscrizione, i Dati non saranno conservati.
F2, F3, F4	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale.
F5	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Alla cessazione del Contratto, la condivisione si interromperà.

¹⁰ Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

¹¹ In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP).

F6	I Suoi Dati saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili (amministrativi, fiscali, assicurativi, ecc.), di regola dieci (10) anni.
F7	I Dati saranno conservati per due (2) anni, termini decorrenti dalla cessazione del rapporto contrattuale, ovvero sino alla revoca del consenso, se antecedente; decorsi tali termini, non saranno più utilizzati per le predette finalità.
F8	I Dati saranno conservati per la durata del Contratto ovvero sino alla Sua opposizione.
F9	Per i termini prescizionali previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei Dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Ove il trattamento dei Dati sia basato sul Suo consenso, Lei ha il diritto di revocarlo in ogni momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi Dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica: privacy@unisalute.it.

Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.

MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO

**AFFINCHÉ UNISALUTE POSSA TRATTARE I SUOI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL
SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative
(Art. 9 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo **che in mancanza di questo consenso UniSalute**

S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data

Nome e cognome

C.F. |

del titolare di polizza o del familiare (in
stampatello)

Firma dell'interessato

POLIZZA NUMERO

CONTRAENTE: Cognome

Nome

ASSICURATO PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO:

Cognome

Nome

Nato/a

il

Codice Fiscale

Residente in via

N°

CAP

Località/Comune

Prov

Domicilio

(se diverso da residenza)

CAP

Località/comune

Prov

N° tel.

Tel cell.

E-mail

Si allega la copia delle seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.

Altre polizze Malattia/Infortuni possedute

☐ sì

☐ no

Compagnia _____

c/c intestato a: _____ Banca/Posta_____

Codice IBAN	
-------------	--

Data _____

Firma dell'Assicurato

64 di 67

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER I CONTRATTI STIPULATI A DISTANZA

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive rispetto a quelle contenute nelle Condizioni di assicurazione, nel DIP e nel DIP aggiuntivo.

Il contratto sarà stipulato tra il Contraente e UniSalute S.p.A. ("UniSalute") direttamente o per il tramite dell'intermediario autorizzato dalla stessa UniSalute (in entrambi i casi definiti "il Distributore") nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dal Distributore che, per tale contratto, impiega una tecnica di comunicazione a distanza (ad esempio sito web, app, call center, contatto telefonico, etc.).

Per "tecnica di comunicazione a distanza" deve intendersi qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del Distributore e del Contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Ai sensi dell'art. 73 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 (il "Regolamento 40"), il Contraente, prima della conclusione del contratto di assicurazione, può scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale secondo quanto previsto dall'articolo 120-quater del Decreto legislativo 7 settembre 2009 n. 209 (il "Codice delle Assicurazioni Private"):

- a) su supporto cartaceo;
- b) su supporto durevole non cartaceo;
- c) tramite un sito Internet solo laddove il contraente abbia regolarmente accesso ad Internet, ossia nel caso in cui fornisca un indirizzo di posta elettronica a lui riferibile ai fini della distribuzione del prodotto.

Nei casi b) e c) il Contraente potrà richiedere, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico, la ricezione della documentazione su supporto cartaceo e potrà modificare la tecnica di comunicazione prescelta in ogni momento.

Per "supporto durevole" deve intendersi qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette, in modo che siano accessibili per la futura consultazione durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate e consenta la riproduzione inalterata delle informazioni memorizzate.

Le diverse fasi e modalità da seguire per la conclusione del contratto tramite internet sono illustrate nel sito internet del Distributore.

Il presente contratto è anche assoggettato agli articoli 67-quater e seguenti del decreto legislativo 6 settembre 2005 n. 206 (il "Codice del Consumo"), secondo quanto previsto dall'art. 121 - comma 1 lettera f) - del Codice delle Assicurazioni Private.

Lingua utilizzata (art. 67-septies, lettera g) Codice del Consumo)

La documentazione precontrattuale e il contratto sono redatti in lingua italiana e tutte le comunicazioni in corso di contratto avverranno in tale lingua. Restano salve le disposizioni vigenti in materia di bilinguismo nelle Regioni a Statuto Speciale.

Pagamento del premio (art. 67-sexies, lettera f) Codice del Consumo)

Il premio assicurativo può essere pagato con le modalità consentite dalla legge e precisate dal Distributore con cui è concluso il contratto a distanza. Il sistema di acquisto via web con carta di credito o con eventuale altra modalità di pagamento elettronico viene effettuato in condizioni di sicurezza.

Si raccomanda in tal senso al Contraente di non indicare i dati della propria carta di credito sulla documentazione o sulle comunicazioni da inviare al Distributore.

Diritto di recesso (artt. 67-septies lettere a) e d); art. 67-duodecies Codice del Consumo)

Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente ha diritto di recedere a mezzo lettera raccomandata contenente gli elementi identificativi del contratto da inviare a UniSalute e all'intermediario autorizzato, o soltanto a UniSalute in caso di vendita a distanza organizzata direttamente dalla Società senza il tramite di un intermediario.

In alternativa la comunicazione di recesso potrà essere inviata dal Contraente dal proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) alla casella PEC del Distributore e di UniSalute. In tal caso il Contraente dovrà restituire immediatamente a mezzo di lettera raccomandata la polizza.

A seguito del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato e non goduto entro 30 giorni da quello in cui UniSalute e l'intermediario autorizzato (o la sola UniSalute) hanno ricevuto la comunicazione di recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.

Il recesso non può essere esercitato se il contratto è vincolato a favore di un terzo, se non con il consenso del terzo stesso.

Ed. 01/07/2022

INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Informativa in tema di disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche (ed. agosto 2024)

In data 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193¹² (di seguito la “Legge”), che ha introdotto il cosiddetto “**diritto all’oblio oncologico**”.

- ❖ Per **diritto all’oblio oncologico** deve intendersi il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica di non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione patologica, nei casi previsti dalla Legge, compresi **la stipulazione o il rinnovo di contratti** relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e **assicurativi**.
- ❖ La Legge intende riconoscere il diritto all’oblio a coloro che sono stati affetti da patologie oncologiche con l'obiettivo di **prevenire le discriminazioni** e tutelarne i relativi diritti, assicurando la **parità di trattamento** dell'ex paziente oncologico, in attuazione di quanto previsto dalla Costituzione, dalla Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, del Piano europeo di lotta contro il cancro e della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell’uomo e delle libertà fondamentali.
- ❖ La Legge prevede che, al momento della **stipulazione o successivamente, nonché del rinnovo di contratti** relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e **assicurativi**, non possono essere richieste informazioni – se suscettibili di influenzarne condizioni e termini – relative allo stato di salute della persona fisica (di seguito “soggetto interessato”)¹³ riguardanti **patologie oncologiche** da cui **sia stata precedentemente affetta e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, da più di:**
 - **dieci anni** se la patologia è insorta dopo il compimento del ventunesimo anno di età;
 - **cinque anni** se la patologia è insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.
- ❖ In data **24 aprile 2024** è entrato in vigore il decreto attuativo del Ministero della Salute¹⁴ contenente la tabella sotto riportata delle patologie oncologiche per le quali i **suddetti termini vengono ridotti**:

¹² Legge 7 dicembre 2023 n. 193 recante “Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche”.

¹³ Per “persona fisica” è da intendersi l'Assicurando/Assicurato in qualità di soggetto portatore del rischio assicurato.

¹⁴ Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024 recante “Elenco di patologie oncologiche per le quali si applicano termini inferiori rispetto a quelli previsti dagli art. 2, comma 1, art. 3, comma 1, lettera a), e art. 4, comma 1, della legge n. 193 del 2023”.

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
Colon-retto	Stadio II-III, >21 anni	7
Melanoma	> 21 anni	6
Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
Utero, collo	> 21 anni	6
Utero, corpo	Qualsiasi età	5
Testicolo	Qualsiasi età	1
Tiroide	Donne con diagnosi <55anni - uomini con diagnosi <45 anni. Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
Linfomi di Hodgkin	<45 anni	5
Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

- ❖ Le informazioni di cui sopra non possono essere **acquisite neanche da fonti diverse** dal soggetto interessato e, qualora **già in possesso** dell'Impresa o dell'intermediario, **non possono essere utilizzate** per la determinazione delle condizioni contrattuali.
- ❖ In tutte le fasi di accesso a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi, comprese le trattative precontrattuali e la stipula o il rinnovo dei contratti, le **Imprese** e gli **Intermediari** sono tenute a **fornire informazioni** adeguate circa i diritti di cui sopra.
- ❖ Nei casi sopra indicati, non possono essere applicati **limiti, costi e oneri aggiuntivi o trattamenti diversi** a quelli previsti per la generalità dei contraenti, né imposte **visite mediche di controllo o accertamenti sanitari**.
- ❖ Al fine di evitare che, trascorsi i termini sopra indicati, le informazioni sulle patologie oncologiche già precedentemente fornite dal soggetto interessato possano essere utilizzate ai fini della valutazione del rischio, la Legge riconosce il **diritto alla cancellazione delle informazioni** già acquisite dall'Impresa o dall'Intermediario. A tal fine, il soggetto interessato deve inviare tempestivamente alla banca, all'istituto di credito, all'**impresa di assicurazione** o all'**intermediario finanziario** o **assicurativo**, tramite raccomandata A/R o PEC, la certificazione rilasciata in base alle disposizioni attuative di cui al Decreto 5 luglio 2024 del Ministero della Salute, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale del 30 luglio 2024, n. 177.

A partire dal 2 gennaio 2024, pertanto, qualora vengano richieste dichiarazioni sullo stato di salute ai fini della conclusione o del rinnovo di contratti assicurativi, il soggetto interessato non è tenuto a fornire alcuna informazione relativa a eventuali patologie oncologiche nelle ipotesi previste dalla normativa e sopra descritte.

Informativa sul ricorso all'Arbitro Assicurativo

Il ricorso all'Arbitro Assicurativo (AAS) si inserisce fra le procedure di risoluzione stragiudiziale delle controversie in ambito assicurativo. L'AAS è un organismo indipendente che consente di ottenere una decisione sulla propria controversia in modo semplice, rapido ed economico, senza necessità di assistenza legale obbligatoria.

CHI PUÒ ATTIVARLA

Chi ha o ha avuto un rapporto contrattuale con un'impresa o un intermediario assicurativo avente ad oggetto prestazioni o servizi assicurativi oppure Danneggiati che possono agire direttamente contro l'impresa di assicurazione (ad esempio in caso di RC Auto) oppure chi ha titolo a ricevere prestazioni assicurative, a condizione che sia diverso da chi svolge in via professionale attività assicurativa o di intermediazione nei settori assicurativo, previdenziale, bancario e finanziario se la controversia attiene a questioni inerenti a detta attività. Il ricorso è presentato personalmente o tramite un procuratore o un'associazione di consumatori se il ricorrente vi aderisce.

Sono escluse dalla competenza dell'Arbitro Assicurativo le controversie riguardanti i sinistri gestiti dal fondo di garanzia delle vittime della caccia e della strada, le controversie relative a fattispecie rimesse alla competenza della CONSAP, Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici S.P.A., nonché le fattispecie relative ai grandi rischi di cui all'articolo 1, comma 1, lettera r), del Codice delle Assicurazioni Private¹.

COME SI ATTIVA

Il ricorso è ammesso solo dopo aver presentato un reclamo scritto all'impresa o all'intermediario, che si pronunciano entro 45 giorni (60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'intermediario) o decorso inutilmente tale termine, e comunque entro 12 mesi dalla sua presentazione. Tuttavia, se il reclamo è stato proposto anteriormente alla data di avvio dell'operatività dell'AAS, dichiarata con provvedimento dell'IVASS, il ricorso può essere proposto entro 12 mesi da tale avvio. Il ricorso deve avere il medesimo oggetto del reclamo, salva la possibilità di richiedere il risarcimento del danno, purché tale danno sia rappresentato

¹ Si intendono per grandi rischi quelli rientranti nei rami danni di seguito indicati:

1) 4 (corpi di veicoli ferroviari), 5 (corpi di veicoli aerei), 6 (corpi di veicoli marittimi, lacustri e fluviali), 7 (merci trasportate), 11 (r.c. aeromobili) e 12 (r.c. veicoli marittimi, lacustri e fluviali) salvo quanto previsto al numero 3);

2) 14 (credito) e 15 (cauzione), qualora l'assicurato eserciti professionalmente un'attività industriale, commerciale o intellettuale e il rischio riguardi questa attività;

3) 3 (corpi di veicoli terrestri, esclusi quelli ferroviari), 8 (incendio ed elementi naturali), 9 (altri danni ai beni), 10 (r.c. autoveicoli terrestri), 12 (r.c. veicoli marittimi, lacustri e fluviali) per quanto riguarda i natanti soggetti all'assicurazione obbligatoria ai sensi dell'articolo 123, 13 (r.c. generale) e 16 (perdite pecuniarie), purché l'assicurato superi i limiti di almeno due dei tre criteri seguenti: 1) il totale dell'attivo dello stato patrimoniale risulti superiore ai seimilioniduecentomila euro; 2) l'importo del volume d'affari risulti superiore ai dodicimilionioctocentomila euro; 3) il numero dei dipendenti occupati in media durante l'esercizio risulti superiore alle duecentocinquanta unità. Qualora l'assicurato sia un'impresa facente parte di un gruppo tenuto a redigere un bilancio consolidato, le condizioni di cui sopra si riferiscono al bilancio consolidato del gruppo.

nel ricorso come conseguenza immediata e diretta del comportamento evidenziato nel reclamo.

Il ricorso si presenta esclusivamente online tramite il portale: www.arbitroassicurativo.org a partire dal 15 gennaio 2026 e prevede il pagamento di un contributo di € 20,00.

COME FUNZIONA E DURATA

Il procedimento è documentale, ferma restando la facoltà dell'AAS, in taluni casi, di sentire le parti. Il procedimento si conclude entro 180 giorni dalla notifica del ricorso all'impresa o all'intermediario da parte dell'AAS, prorogabili una sola volta fino ad ulteriori 90 giorni per le controversie particolarmente complesse.

