



## **UNISALUTE AL TUO FIANCO**

### **Assicurazione Malattia e Infortuni**

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**
- **INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO**

# 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 Al Tuo Fianco"

"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?

L'Assicurazione risponde alle diverse esigenze di protezione degli Assicurati, offrendo garanzie personalizzabili.



### Che cosa è assicurato?

Sono coperte le Spese Sanitarie a seguito di Malattia ed Infortunio, avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione. Inoltre, sono previste prestazioni di Assistenza e garanzie per la copertura delle Perdite Pecuniarie.

L'Assicurazione offre delle coperture differenti in base allo specifico Modulo come riportato di seguito.

#### MODULO GIOVANI:

- ✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Cure Mediche all'estero; Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche; Trattamenti fisioterapici riabilitativi e riabilitazione sportiva.
- ✓ **Garanzie Assistenza e Perdite Pecuniarie:** Invio di un medico; Rientro dal ricovero di primo soccorso; Trasferimento in centro medico specializzato; Assistenza domiciliare infermieristica e fisioterapica; Prelievo a domicilio per esame ematochimico; Viaggio di un familiare all'estero; Invio di medicinali urgenti all'estero; Rimpatrio sanitario; Recupero anno scolastico; Lezioni di recupero; Informazioni sanitarie telefoniche.

#### MODULO GENITORI:

- ✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Accertamenti diagnostici post Ricovero; Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche; Trattamenti fisioterapici riabilitativi.
- ✓ **Garanzie Assistenza:** Invio di un medico; Rientro dal ricovero di primo soccorso; Trasferimento in centro medico specializzato; Assistenza domiciliare infermieristica e fisioterapica; Prelievo a domicilio per esame ematochimico; Invio dei farmaci a domicilio; Rientro dei figli minori; Servizi di domiciliarità; Viaggio di un familiare all'estero; Invio di medicinali urgenti all'estero; Rimpatrio sanitario; Informazioni sanitarie telefoniche.

#### MODULO SENIOR:

- ✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Accertamenti diagnostici post Ricovero; Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche; Cure Termali.
- ✓ **Garanzie Assistenza:** Invio di un medico; Rientro dal ricovero di primo soccorso; Trasferimento in centro medico specializzato; Assistenza domiciliare infermieristica e fisioterapica; Prelievo a domicilio per esame ematochimico; Invio dei farmaci a domicilio; Servizi di domiciliarità; Trasporto visite e cicli terapie; Viaggio di un familiare all'estero; Invio di medicinali urgenti all'estero; Rimpatrio sanitario; Informazioni sanitarie telefoniche.

#### GARANZIE OPZIONALI

##### Moduli Aggiuntivi

#### MODULO SERVIZI PLUS:

- ✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Stati di non autosufficienza consolidata/permanente

UniSalute presta le garanzie sino all'importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale)

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.



### Che cosa non è assicurato?

- ✗ Per le "Garanzie Spese Sanitarie" non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio.
- ✗ Per le "Garanzie Assistenza" non sono assicurate 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.
- ✗ L'Assicurazione non opera in caso di mancata conformità ai requisiti di assicurabilità eventualmente previsti per lo specifico Modulo.



### Ci sono limiti di copertura?

! Alle coperture assicurative offerte dalla Polizza 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 presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):
  - le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni;
  - la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, salvo quanto previsto dall'articolo "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche";
  - tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
  - le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione);
  - gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale (Non valido per Modulo Senior e Modulo Servizi Plus);
  - i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento. (Valido solo per Modulo Senior).
  - gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo (Non valido per Modulo Servizi Plus);
  - gli Infortuni e il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
  - gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
  - gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
  - le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
  - le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a

- carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- le conseguenze dirette o indirette di Pandemie.



### Dove vale la copertura?

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.



### Che obblighi ho?

UniSalute offre l'Assicurazione in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente alla stipula.

Se la dichiarazione contiene informazioni errate o incomplete UniSalute può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile ad un Premio più alto. In questo caso, se il Contraente rilascia tali informazioni errate o incomplete con dolo (cioè, con coscienza e volontà) o colpa grave, UniSalute può rifiutare la liquidazione del Sinistro e chiedere l'annullamento dell'Assicurazione. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, UniSalute può liquidare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dall'Assicurazione (ad esempio, se UniSalute ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).



### Quando e come devo pagare?

Il Premio complessivo per i Moduli acquistati è pagato dal Contraente in un'unica soluzione al momento di stipula della Polizza o, in alternativa, fermo restando che il Premio è indivisibile, UniSalute può concedere il pagamento frazionato in rate mensili, trimestrali, quadrimestrali e semestrali.

Il pagamento del Premio in rate mensili deve essere eseguito con le modalità previste per il frazionamento mensile del premio tramite addebito ricorrente. Se il Contraente non paga una o più rate del Premio successive alla prima, UniSalute, ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile, si riserva la facoltà di sospendere l'Assicurazione dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento. In questo caso, l'Assicurazione riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento. L'Assicurazione viene offerta con tacito rinnovo, in assenza di disdetta si rinnova per un anno - e così successivamente. Inoltre, per il rinnovo dell'Assicurazione, UniSalute può comunicare al Contraente eventuali modifiche del Premio; il relativo mancato pagamento da parte del Contraente determina la cessazione dell'Assicurazione alla data di scadenza per disdetta. Se l'Assicurazione non è stipulata con tacito rinnovo, cessa automaticamente alla scadenza indicata in Polizza.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha durata annuale. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio è stata pagata.

Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata del Premio, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga una o più rate del Premio successive alla prima, UniSalute, ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile, si riserva la facoltà di sospendere l'Assicurazione dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento. In questo caso, l'Assicurazione riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento. L'Assicurazione viene offerta con tacito rinnovo, in assenza di disdetta si rinnova per un anno - e così successivamente. Inoltre, per il rinnovo dell'Assicurazione, UniSalute può comunicare al Contraente eventuali modifiche del Premio; il relativo mancato pagamento da parte del Contraente determina la cessazione dell'Assicurazione alla data di scadenza per disdetta. Se l'Assicurazione non è stipulata con tacito rinnovo, cessa automaticamente alla scadenza indicata in Polizza.



### Come posso disdire la polizza?

Se l'Assicurazione è stata stipulata con tacito rinnovo è necessario comunicare la disdetta almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale dell'Assicurazione:

- ✓ a UniSalute, con lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia) oppure con PEC all'indirizzo [unisalute@pec.unipol.it](mailto:unisalute@pec.unipol.it); oppure
- ✓ all'eventuale Intermediario di riferimento.

Se la durata dell'Assicurazione è uguale o inferiore a 5 (cinque) anni, il Contraente non può recedere in anticipo dal contratto.

Se l'Assicurazione è stata stipulata con durata poliennale, il Contraente ha facoltà di recedere - solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni - dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di trenta giorni. Se la durata è uguale o inferiore non è possibile recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.

# 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: Al Tuo Fianco

Data: 01/06/2025 - 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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla 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](http://www.unisalute.it) – PEC: [unisalute@pec.unipol.it](mailto:unisalute@pec.unipol.it) o indirizzo di posta elettronica ordinaria: [info@unisalute.it](mailto: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 Assicurative: 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](http://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.

All'Assicurazione si applica la Legge Italiana, se 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 concordate con il Contraente.

**Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?**

## OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

**Modulo opzionale**  
(abbinabile unicamente al Modulo  
Base SENIOR)

Modulo – SERVIZI PLUS



## Che cosa NON è assicurato?

**Rischi esclusi**

*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.*



## Ci sono limiti di copertura?

### MODULO GIOVANI:

Garanzie "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi e riabilitazione sportiva" - è prevista l'applicazione **di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura.**

### MODULO GENITORI:

- Garanzie "Accertamenti diagnostici post-ricovero", "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi" - è prevista l'applicazione di **uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura.**

#### MODULO SENIOR:

- Garanzie "Accertamenti diagnostici post-ricovero", "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche" e "Cure termali" - è prevista l'applicazione di **uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura.**



### A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche, che intendono garantire, per sé o per altre persone fisiche, il pagamento di spese mediche e prestazioni di assistenza in caso di Malattia o Infortunio che comportano principalmente un Ricovero o uno stato di Inabilità Temporanea. Questo in base alle specifiche esigenze di copertura del ciclo di vita in cui si trovano le persone assicurate. Nello specifico l'offerta risponde alle esigenze di copertura relative alle fasi del ciclo di vita: "Giovani", "Genitori" e "Senior".



### Quali costi devo sostenere?

**Costi di intermediazione:** la quota parte percepita dagli intermediari è fino al 18% del Premio netto.

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

|   |  |
|---|--|
| <p><b>All'impresa assicuratrice</b></p> | <p>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: <b>UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami- Via Larga, 8- 40138 Bologna- Fax: 0517096892</b>, oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei Reclami disponibile sul sito <a href="http://www.unisalute.it">www.unisalute.it</a>.</p> <p>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.</p> <p>Le informazioni utili per la presentazione dei Reclami sono riportate sul sito internet di UniSalute <a href="http://www.unisalute.it">www.unisalute.it</a> 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).</p> |
| <p><b>All'IVASS</b></p>                 | <p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> - Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>, anche con il modello ivi disponibile.</p>  |

**PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (*indicare quando obbligatori*):**

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Mediazione</b></p>  | <p>Interpellando tramite un avvocato di fiducia un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (D.Lgs. 28/ 2010).<br/>Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>   |
| <p><b>Negoziazione assistita</b></p>                                      | <p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla UniSalute, con le modalità indicate nel Decreto-legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).</p>  |
| <p><b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b></p> | <p>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.<br/>Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della <b>lite transfrontaliera</b> di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.</p> |

### REGIME FISCALE

|   |   |
|---|---|
| <b>Trattamento fiscale applicabile al contratto</b> | <b>Trattamento fiscale.</b> 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).**

ASSICURAZIONE SANITARIA

# UniSalute Al Tuo Fianco

Contratto di Assicurazione sanitaria

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01270 / 000 / 00000 / H - Ed. 01/06/2025

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

## INDICE

|  |     |
|--|-----|
| PRESENTAZIONE.....   | 4   |
| GLOSSARIO .....  | 162 |
| SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE .....                | 167 |
| CONDIZIONI DI ACQUISTO DEI SINGOLI MODULI DELL'ASSICURAZIONE .....             | 167 |
| 1.1 TIPOLOGIE DI MODULI .....  | 167 |
| PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ .....                        | 167 |
| 1.2 PERSONE ASSICURATE .....   | 167 |
| 1.3 REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ .....                                 | 167 |
| 1.4 DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO .....   | 168 |
| QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE .....                            | 168 |
| 1.5 DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE .....                                 | 168 |
| 1.6 PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE .....                                      | 169 |
| 1.7 <b>TACITO</b> RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE .....                             | 169 |
| 1.8 DIRITTO DI RIPENSAMENTO .....  | 170 |
| QUANDO E COME DEVO PAGARE .....  | 171 |
| 1.9 DETERMINAZIONE DEL PREMIO .....  | 171 |
| 1.10 PAGAMENTO DEL PREMIO .....  | 172 |
| 1.11 FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE .....        | 172 |
| CHE OBBLIGHI HO .....  | 175 |
| 1.12 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO .....                 | 175 |
| 1.13 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO .....                              | 175 |
| 1.14 ALTRE ASSICURAZIONI .....   | 176 |
| ALTRE NORME .....  | 176 |
| 1.15 MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE .....   | 176 |
| 1.16 FORO COMPETENTE .....   | 176 |
| 1.17 LEGISLAZIONE APPLICABILE .....  | 176 |
| 1.18 REGIME FISCALE .....  | 176 |
| 1.19 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE .....  | 176 |
| SEZIONE 2: MODULI DELL'ASSICURAZIONE .....                                     | 177 |
| MODULO GIOVANI .....   | 177 |
| NORME SPECIFICHE .....   | 177 |
| 2.1. LIMITI DI ETÀ .....   | 177 |
| 2.2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE .....                                     | 177 |
| GARANZIE SPESE SANITARIE .....   | 177 |
| COSA ASSICURA .....  | 177 |
| 2.3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....  | 177 |
| 2.3.1. CURE MEDICHE ALL'ESTERO .....   | 177 |
| 2.3.2. PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE .....                     | 178 |
| 2.3.3. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI E RIABILITAZIONE SPORTIVA ..... | 178 |
| CHE COSA NON È ASSICURATO .....  | 179 |
| 2.4. ESCLUSIONI .....  | 179 |
| COME ASSICURA .....  | 179 |
| 2.5. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI .....                            | 179 |
| 2.6. ESTENSIONE TERRITORIALE .....   | 180 |
| GARANZIE ASSISTENZA E PERDITE PECUNIARIE .....                                 | 181 |
| COSA ASSICURA .....  | 181 |
| 2.7. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....  | 181 |
| 2.7.1. INVIO DI UN MEDICO .....  | 181 |
| 2.7.2. RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO .....                            | 181 |
| 2.7.3. TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO .....                      | 182 |
| 2.7.4. ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA E FISIOTERAPICA .....            | 182 |
| 2.7.5. PRELIEVO A DOMICILIO PER ESAME EMATOCHIMICO .....                       | 182 |
| 2.7.6. INVIO DEI FARMACI A DOMICILIO .....                                     | 183 |
| 2.7.7. VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO .....                                | 183 |
| 2.7.8. INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO .....                            | 183 |
| 2.7.9. RIMPATRIO SANITARIO .....   | 183 |
| 2.7.10. RECUPERO ANNO SCOLASTICO .....   | 184 |

|   |  |     |
|---|--|-----|
| 2.7.11.   | LEZIONI DI RECUPERO.....   | 184 |
| 2.7.12.   | INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE.....  | 184 |
| CHE COSA NON È ASSICURATO .....                                     |  | 185 |
| 2.8.  | ESCLUSIONI .....   | 185 |
| COME ASSICURA .....   |  | 185 |
| 2.9.  | MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....                                  | 185 |
| 2.10.   | ESTENSIONE TERRITORIALE .....  | 185 |
| SERVIZI ACCESSORI.....  |  | 185 |
| 2.11.   | SERVIZI ACCESSORI - GIOVANI .....  | 185 |
| TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI ..... |  | 186 |
| MODULO GENITORI.....  |  | 188 |
| NORME SPECIFICHE.....   |  | 188 |
| 2.12.   | LIMITI DI ETÀ.....   | 188 |
| 2.13.   | PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE.....   | 188 |
| GARANZIE SPESE SANITARIE.....                                       |  | 188 |
| COSA ASSICURA.....  |  | 188 |
| 2.14.   | OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....   | 188 |
| 2.14.1.   | ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST RICOVERO .....                                   | 188 |
| 2.14.2.   | PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE .....                            | 189 |
| 2.14.3.   | TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI.....                                   | 189 |
| CHE COSA NON È ASSICURATO .....                                     |  | 189 |
| 2.15.   | ESCLUSIONI .....   | 189 |
| COME ASSICURA .....   |  | 190 |
| 2.16.   | MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....                                  | 190 |
| 2.17.   | ESTENSIONE TERRITORIALE .....  | 190 |
| GARANZIE ASSISTENZA.....  |  | 191 |
| COSA ASSICURA.....  |  | 191 |
| 2.18.   | OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....   | 191 |
| 2.18.1.   | INVIO DI UN MEDICO .....   | 191 |
| 2.18.2.   | RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO .....                                   | 191 |
| 2.18.3.   | TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO.....                              | 192 |
| 2.18.4.   | ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA E FISIOTERAPICA .....                   | 192 |
| 2.18.5.   | PRELIEVO A DOMICILIO PER ESAME EMATOCHIMICO .....                              | 192 |
| 2.18.6.   | INVIO DEI FARMACI A DOMICILIO .....  | 193 |
| 2.18.7.   | RIENTRO DEI FIGLI MINORI .....   | 193 |
| 2.18.8.   | SERVIZI DI DOMICILIARITÀ (BABY-SITTER, BADANTE, COLLABORATRICE DOMESTICA)..... | 193 |
| 2.18.9.   | VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO.....  | 194 |
| 2.18.10.  | INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO .....                                   | 194 |
| 2.18.11.  | RIMPATRIO SANITARIO.....   | 194 |
| 2.18.12.  | INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE.....  | 194 |
| CHE COSA NON È ASSICURATO .....                                     |  | 195 |
| 2.19.   | ESCLUSIONI .....   | 195 |
| COME ASSICURA .....   |  | 195 |
| 2.20.   | MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....                                  | 195 |
| 2.21.   | ESTENSIONE TERRITORIALE .....  | 195 |
| SERVIZI ACCESSORI.....  |  | 195 |
| 2.22.   | SERVIZI ACCESSORI - GENITORI.....  | 195 |
| TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI ..... |  | 197 |
| MODULO SENIOR.....  |  | 199 |
| NORME SPECIFICHE.....   |  | 199 |
| 2.23.   | PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE.....   | 199 |
| GARANZIE SPESE SANITARIE.....                                       |  | 199 |
| COSA ASSICURA.....  |  | 199 |
| 2.24.   | OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....   | 199 |
| 2.24.1.   | ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST RICOVERO .....                                   | 199 |
| 2.24.2.   | PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE .....                            | 200 |
| 2.24.3.   | CURE TERMALI.....  | 200 |
| CHE COSA NON È ASSICURATO .....                                     |  | 200 |
| 2.25.   | ESCLUSIONI .....   | 200 |
| COME ASSICURA .....   |  | 201 |
| 2.26.   | MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....                                  | 201 |
| 2.27.   | ESTENSIONE TERRITORIALE .....  | 201 |
| GARANZIE ASSISTENZA.....  |  | 202 |
| COSA ASSICURA.....  |  | 202 |
| 2.28.   | OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....   | 202 |

|  |   |     |
|--|---|-----|
| 2.28.1.  | INVIO DI UN MEDICO .....  | 202 |
| 2.28.2.  | RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO .....  | 202 |
| 2.28.3.  | TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO .....  | 203 |
| 2.28.4.  | ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA E FISIOTERAPICA .....  | 203 |
| 2.28.5.  | PRELIEVO A DOMICILIO PER ESAME EMATOCHIMICO .....   | 203 |
| 2.28.6.  | INVIO DEI FARMACI A DOMICILIO .....   | 204 |
| 2.28.7.  | SERVIZI DI DOMICILIARITÀ (BADANTE, COLLABORATRICE DOMESTICA) .....  | 204 |
| 2.28.8.  | TRASPORTO VISITE E CICLI DI TERAPIA .....   | 204 |
| 2.28.9.  | VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO .....  | 204 |
| 2.28.10.   | INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO .....  | 205 |
| 2.28.11.   | RIMPATRIO SANITARIO .....   | 205 |
| 2.28.12.   | INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE .....  | 205 |
| CHE COSA NON È ASSICURATO .....  |   | 206 |
| 2.29.  | ESCLUSIONI .....  | 206 |
| COME ASSICURA .....  |   | 206 |
| 2.30.  | MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI .....  | 206 |
| 2.31.  | ESTENSIONE TERRITORIALE .....   | 206 |
| SERVIZI ACCESSORI .....  |   | 206 |
| 2.32.  | SERVIZI ACCESSORI – SENIOR .....  | 206 |
| TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI .....        |   | 207 |
| MODULO SERVIZI PLUS .....  |   | 209 |
| NORME SPECIFICHE .....   |   | 209 |
| 2.33.  | REQUISITI DI ASSICURABILITÀ .....   | 209 |
| 2.34.  | LIMITI DI ETÀ .....   | 209 |
| 2.35.  | PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE .....   | 209 |
| GARANZIE SPESE SANITARIE .....   |   | 210 |
| COSA ASSICURA .....  |   | 210 |
| 2.36.  | OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....  | 210 |
| 2.36.1.  | STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE .....   | 210 |
| CHE COSA NON È ASSICURATO .....  |   | 213 |
| 2.37.  | ESCLUSIONI .....  | 213 |
| COME ASSICURA .....  |   | 213 |
| 2.38.  | MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI .....  | 213 |
| 2.39.  | ESTENSIONE TERRITORIALE .....   | 214 |
| TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI .....        |   | 214 |
| SEZIONE 3: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI .....                             |   | 215 |
| 3.1.   | DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE "SPESE SANITARIE" .....   | 215 |
| 3.2.   | DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE "ASSISTENZA" .....  | 215 |
| 3.3.   | NORME SPECIFICHE PER LA GARANZIA "STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DEL<br>MODULO "SERVIZI PLUS" .....    | 217 |
| 3.4.   | PAGAMENTO DEL SINISTRO .....  | 220 |
| 3.5.   | GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA .....  | 220 |
| 3.6.   | PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO .....  | 220 |
| 3.7.   | CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE .....  | 220 |
| 3.8.   | INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL<br>REGOLAMENTO IVASS 41/2018 ..... | 220 |
| ALLEGATO A: MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO .....                          |   | 222 |
| INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA ..... |   | 224 |
| INFORMATIVA PRIVACY .....  |   | 226 |
| INFORMATIVA PRIVACY .....  |   | 230 |
| INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO .....                         |   | 234 |

## PRESENTAZIONE

UniSalute Al Tuo Fianco è la Polizza assicurativa offerta da UniSalute S.p.A. per rispondere alle Tue esigenze di protezione in ambito salute.

Come disciplinato nelle presenti Condizioni di Assicurazione, sono previsti quattro Moduli:

- tre Moduli base
- un Modulo aggiuntivo, quest'ultimo può essere attivato su Tua specifica scelta. –

Ogni Modulo comprende un insieme di garanzie a copertura di bisogni specifici per creare la copertura più adatta alle Tue esigenze assicurative.

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 tutti i Moduli;
- la SEZIONE 2 - MODULI DELL'ASSICURAZIONE, che contiene i singoli pacchetti di garanzie che puoi attivare;

Se hai stipulato l'Assicurazione, consulta la Polizza per verificare quali Moduli hai acquistato.

La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati

- la SEZIONE 3 - NORME CHE REGOLANO I SINISTRI, che contiene le norme che si applicano in caso di denuncia e liquidazione dei Sinistri;
- gli ALLEGATI:
  - MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO;
  - INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER I CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA;
  - INFORMATIVA PRIVACY;
  - INFORMATIVA SUL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO.

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

Il Set informativo di UniSalute Al Tuo Fianco è disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) e Ti verrà comunque inviato tramite posta elettronica o con altre modalità da Te scelta al momento dell'acquisto della Polizza.

Grazie per avere 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 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.

### **Agente**

Ciascun intermediario che agisce in nome o per conto di UniSalute, iscritto nella sezione A del Registro.

### **Anno**

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di Anno bisestile.

### **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.

### **Assicurato**

Ciascuna persona fisica, che presenta i requisiti richiesti dall'Assicurazione, nel cui interesse viene stipulata la Polizza.

### **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 trovi 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 di vita quotidiana**

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

- Continenza
- Nutrirsi

### **Banca**

Ciascun intermediario che agisce in nome o per conto di una o più Imprese di Assicurazione o di riassicurazione, iscritto 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

### **Care Manager**

Figura specializzata di UniSalute Servizi che offre supporto e consulenza sulla base delle esigenze e del Massimale assicurato contrattualmente.

### **Centrale operativa**

È la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che, con costi a carico di UniSalute, provvede a:

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

### **Contraente**

La persona che stipula la Polizza.

### **Cure sperimentali**

Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

### **Cure termali**

Trattamenti effettuati in centri/stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

### **Difetto fisico**

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

### **Documentazione sanitaria**

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e Accertamenti diagnostici e dalla 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 è espressa in giorni, indica il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

### **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.

### **Inabilità temporanea**

Stato di immobilità causato da Malattia o Infortunio che si traduce in incapacità di svolgere le azioni che solitamente vengono svolte durante la propria routine quotidiana a seguito di Infortunio o Malattia. Questa condizione deve essere certificata da medico con specializzazione congrua rispetto alla Malattia o Infortunio

### **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**

L'Agente e/o la Banca e/o i Broker che agiscono in nome o per conto di UniSalute ai fini della vendita dell'Assicurazione.

### **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.

### **Malattia**

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

### **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 stabilito negli specifici articoli di Polizza che rappresenta la spesa massima che UniSalute si impegna a prestare nei confronti degli Assicurati per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

### **Medicinale**

Sostanza o associazione di sostanze che può 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.

### **Modulo**

Insieme di garanzie che coprono determinati bisogni di protezione dell'Assicurato in ambito salute. Ciascun Modulo è disciplinato da condizioni specifiche.

### **Modulo aggiuntivo**

Ha il significato espresso all'articolo 1 – TIPOLOGIE DI MODULI.

### **Modulo base**

Ha il significato espresso all'articolo 1 – TIPOLOGIE DI MODULI.

### **Piano assistenziale Individualizzato (PAI)**

E' 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.

### **Pandemia**

Manifestazione collettiva di una Malattia con tendenza a diffondersi rapidamente.

### **PEC**

Posta elettronica certificata.

### **Perdita pecuniaria**

Il danno consistente nelle perdite di varia natura, anche per costi o spese da sostenere, sopportate o che potrebbero essere sopportate dall'Assicurato.

### **Periodi di carenza contrattuale**

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

### **Polizza**

Il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'articolo 1888 del Codice civile.

### **Premio**

La somma dovuta dal Contraente a UniSalute.

### **Prestazioni psichiatriche**

Procedure volte alla cura e alla riabilitazione dei disturbi psichici e mentali.

### **Prestazioni psicoterapeutiche**

Colloqui volti a scoprire le cause di un disturbo psichico e a impostarne l'adeguata terapia. Possono esserne abilitati sia gli psichiatri sia gli psicologi iscritti all'albo.

### **Registro**

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

### **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.

#### **SiSalute**

SiSalute S.r.l è una società di servizi, interamente controllata da UniSalute S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A., che svolge attività di servizi nel settore dell'assistenza alla persona e in particolare nel settore dell'assistenza sanitaria integrativa.

#### **Somma assicurata**

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

#### **Stato di non autosufficienza consolidata/permanente**

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

#### **Struttura Organizzativa**

È la struttura di UniSalute, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza.

#### **Struttura sanitaria convenzionata**

Qualsiasi Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, ambulatorio odontoiatrico con cui UniSalute 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.

#### **UniSalute**

UniSalute S.p.A., cioè 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. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale.

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

### CONDIZIONI DI ACQUISTO DEI SINGOLI MODULI DELL'ASSICURAZIONE

#### 1.1 TIPOLOGIE DI MODULI <sup>1</sup>

Sono previste 2 (due) tipologie di Moduli sulle base delle relative condizioni di acquisto:

- N. 3 (tre) Moduli base, acquistabili alternativamente tra loro;
- N. 1 (uno) Modulo aggiuntivo, acquistabile solo in combinazione al Modulo base SENIOR, come di seguito individuato.

Inoltre, ciascun Modulo consente di scegliere tra 2 (due) tipologie di offerta – BASE e TOP – che si distinguono per i diversi Massimali previsti in riferimento alle garanzie del relativo Modulo.

Di seguito, l'elenco dei Moduli con le relative tipologie di offerta:

| MODULI BASE                                  | MODULI AGGIUNTIVI                                |
|--|--|
| Modulo GIOVANI (offerta BASE e offerta TOP)  |  |
| Modulo GENITORI (offerta BASE e offerta TOP) | Modulo SERVIZI PLUS (offerta BASE e offerta TOP) |
| Modulo SENIOR (offerta BASE e offerta TOP)   |  |

Previa autorizzazione da parte di UniSalute, il Modulo aggiuntivo può essere abbinato al Modulo base SENIOR anche successivamente all'acquisto di quest'ultimo.

Le condizioni di acquisto previste nel presente articolo devono essere rispettate per ciascun Assicurato.

### PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

#### 1.2 PERSONE ASSICURATE

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

Il Premio deve essere pagato per ogni Assicurato.

Ciascun Assicurato deve rispettare i requisiti indicati nei seguenti articoli "REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ" oltre a quanto previsto nella sottosezione "NORME SPECIFICHE" di ciascun Modulo, ove prevista.

#### 1.3 REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ

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

<sup>1</sup> **Come posso acquistare i Moduli previsti dal prodotto?**  
Presso una delle nostre Agenzie o altro Intermediario autorizzato

**Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza.**

In ogni caso l'Assicurazione cessa di avere effetto nei confronti di tale Assicurato alla prima scadenza di Polizza successiva al loro manifestarsi.

#### **1.4 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 anni (5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 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](http://www.unisalute.it) alla pagina dedicata.

### **QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE**

#### **1.5 DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione è stipulata per il periodo indicato nella Polizza, con effetto dalle ore 24 del giorno di inizio, se il Premio o la prima rata di Premio è stata pagata.

Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata del Premio, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga una o più rate del Premio successive alla prima, UniSalute, ai sensi dell'articolo 1901 del Codice civile, si riserva la facoltà di sospendere l'Assicurazione dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento. In questo caso, l'Assicurazione riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se la Polizza ha durata poliennale:

- il Premio indicato in Polizza è comprensivo di una riduzione rispetto al Premio che sarebbe previsto per la stessa copertura da un'assicurazione di durata annuale;
- se è previsto il tacito rinnovo annuale, il Premio che il Contraente deve pagare ad UniSalute, in sede di rinnovo annuale, è pari al Premio di una sola annualità di Polizza, senza l'applicazione della suddetta scontistica.

Se l'Assicurazione ha una durata superiore ai 5 (cinque) anni, il Contraente **può esercitare la facoltà di recesso dall'Assicurazione solo dopo i primi 5 (cinque) anni di durata contrattuale**, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice civile, **con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni** e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il Recesso va

comunicato con le stesse modalità previste dall'articolo "TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE" per la "Disdetta Contraente".

Se la durata della Polizza è uguale o inferiore a 5 (cinque) anni, il Contraente non potrà recedere in anticipo l'Assicurazione e dovrà attendere la naturale scadenza.

## 1.6 PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto all'articolo "DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE", si applicano i Periodi di carenza contrattuale eventualmente previsti nella sottosezione "NORME SPECIFICHE" di ciascun Modulo.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa da UniSalute o altra 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 assicurata 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.

## 1.7 TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE<sup>2</sup>

L'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, pertanto, si rinnova di Anno in Anno nel caso in cui il Contraente o UniSalute non ne dà disdetta nei termini di seguito descritti.

- Disdetta Contraente  
**il Contraente deve inviare la propria disdetta, almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza:**
  - ✓ a UniSalute, con lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia) oppure con PEC all'indirizzo [unisalute@pec.unipol.it](mailto:unisalute@pec.unipol.it);
  - oppure
  - ✓ all'eventuale Intermediario di riferimento.
- Disdetta UniSalute  
UniSalute deve inviare la propria disdetta al Contraente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza con lettera raccomandata indirizzata all'indirizzo dichiarato dal Contraente.

Non è ammessa la disdetta parziale, cioè la disdetta relativa soltanto ad alcuni dei Moduli che costituiscono l'Assicurazione.

Se UniSalute modifica il Premio per il rinnovo dell'Assicurazione, UniSalute o l'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza, comunica tale modifica al Contraente con raccomandata almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.

Il Contraente può accettare o rifiutare il nuovo Premio proposto.

**Se il Contraente accetta, deve pagare il nuovo Premio alla scadenza**, in questo modo l'Assicurazione si rinnova e viene variata solo per il Premio.

<sup>2</sup> **La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza?**

La Polizza prevede il "tacito rinnovo", la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore Anno e così successivamente, fino a quando il Contraente o UniSalute non deciderà di darne disdetta con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di scadenza dell'Assicurazione.

Se il Contraente non accetta, deve limitarsi a non pagare il nuovo Premio proposto; in questo caso UniSalute rinuncia ad agire per la sua riscossione e l'Assicurazione cessa per disdetta alla data di scadenza. Se è previsto l'addebito diretto del Premio, il Contraente **deve richiedere l'interruzione dell'addebito** inviando una comunicazione, almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza, a:

- UniSalute, con le modalità sopra individuate per la "Disdetta Contraente";  
oppure
- all'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza;

anche in questo caso UniSalute rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto e l'Assicurazione cessa per disdetta alla data di scadenza.

## 1.8 DIRITTO DI RIPENSAMENTO<sup>3</sup> 🔍

Se l'Assicurazione viene acquistata tramite tecniche di comunicazione a distanza<sup>4</sup> 🔍, 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](mailto: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.

L'esercizio del diritto del recesso ha effetto obbligatoriamente rispetto a tutti i Moduli acquistati col medesimo atto di acquisto.

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

### <sup>3</sup> Il Contraente può sempre esercitare il diritto di ripensamento?

No, il diritto di ripensamento è riconosciuto al Contraente, entro i termini descritti nel presente contratto, soltanto nel caso di vendita realizzata con tecniche di comunicazione a distanza. Pertanto, al di fuori di questa casistica, il Contraente non può recedere dalla Polizza.

### <sup>4</sup> Che cos'è una vendita realizzata con tecniche di comunicazione a distanza?

Si tratta dei casi in cui l'Assicurazione è acquisita a distanza, senza la presenza fisica e simultanea del Contraente e dell'Intermediario (o, comunque, di un rappresentante di UniSalute), mediante l'uso esclusivo di uno o più mezzi di comunicazione a distanza fino alla conclusione dell'Assicurazione, compresa la conclusione della Assicurazione stessa. Pertanto, NON rientrano in questa casistica, per esempio, le vendite realizzate presso i locali commerciali di un'Agente o le filiali di una Banca. Sono, invece, vendite a distanza, gli acquisti online.

## QUANDO E COME DEVO PAGARE

### 1.9 DETERMINAZIONE DEL PREMIO <sup>5</sup>

Per ciascun Modulo che costituisce l'Assicurazione, il relativo Premio, comprensivo degli oneri fiscali, viene determinato in base all'offerta BASE o TOP scelta dal Contraente al momento della sottoscrizione della Polizza.

Con esclusivo riferimento al Modulo aggiuntivo, il Premio è determinato in base all'età di ciascun Assicurato al momento di sottoscrizione della Polizza. In questo caso, in occasione degli eventuali successivi rinnovi, **il Premio viene adeguato applicando, rispetto ad ogni singolo Assicurato, l'eventuale incremento determinato dal passaggio del relativo Assicurato alla successiva fascia di età, come indicato di seguito:**

| Anni di età | Incremento "Servizi Plus" offerta Base | Incremento "Servizi Plus" offerta Top |
|-------------|--|---------------------------------------|
| 61          | 1,7%                                   | 1,9%                                  |
| 62          | 1,8%                                   | 1,9%                                  |
| 63          | 1,8%                                   | 2,0%                                  |
| 64          | 1,9%                                   | 2,0%                                  |
| 65          | 1,9%                                   | 2,0%                                  |
| 66          | 1,9%                                   | 2,1%                                  |
| 67          | 2,0%                                   | 2,1%                                  |
| 68          | 2,0%                                   | 2,1%                                  |
| 69          | 2,0%                                   | 2,2%                                  |
| 70          | 2,1%                                   | 2,2%                                  |
| 71          | 2,1%                                   | 2,2%                                  |
| 72          | 2,1%                                   | 2,3%                                  |
| 73          | 2,2%                                   | 2,3%                                  |
| 74          | 2,2%                                   | 2,3%                                  |
| 75          | 2,2%                                   | 2,4%                                  |
| 76          | 2,3%                                   | 2,4%                                  |
| 77          | 2,3%                                   | 2,4%                                  |
| 78          | 2,3%                                   | 2,5%                                  |
| 79          | 2,4%                                   | 2,5%                                  |
| 80          | 2,4%                                   | 2,5%                                  |
| 81          | 2,4%                                   | 2,6%                                  |
| 82          | 2,5%                                   | 2,6%                                  |
| 83          | 2,5%                                   | 2,6%                                  |
| 84          | 2,5%                                   | 2,6%                                  |
| 85          | 2,6%                                   | 2,7%                                  |

L'Assicurazione è soggetta ad adeguamento automatico per indicizzazione alla scadenza di ogni Annualità assicurativa.

#### <sup>5</sup> Cos'è il premio?

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

Le Somme Assicurate, i Massimali, i limiti di Indennizzo espressi in cifra assoluta e i Premi sono collegati all'indice nazionale generale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e di impiegati (FOI) pubblicato dall'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT), come segue:

- alla Polizza è assegnato come riferimento iniziale l'indice del mese di settembre dell'anno solare antecedente quello della sua data di effetto;
- alla scadenza di ciascuna annualità assicurativa si effettua il confronto fra l'indice iniziale di riferimento (o quello dell'ultimo aggiornamento) e l'indice del mese di settembre dell'anno solare precedente quello della scadenza. Se si verifica una variazione in aumento o in diminuzione, le Somme Assicurate, i Massimali, i limiti di indennizzo espressi in cifra assoluta e i Premi vengono adeguati in proporzione;
- l'aumento o la riduzione decorrono dalla scadenza della rata annua dietro rilascio al Contraente di apposita quietanza aggiornata in base al nuovo indice di riferimento.

Non sono soggetti ad adeguamento le Franchigie espresse in cifra assoluta, i minimi e massimi di Scoperto e i valori espressi in percentuale nonché le prestazioni di Assistenza.

Eventuali modifiche del Premio non derivanti dall'indicizzazione verranno apportate solamente alla scadenza di Polizza in caso di rinnovo previa comunicazione scritta all'Assicurato secondo le modalità indicate nell'articolo "TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE".

#### **1.10 PAGAMENTO DEL PREMIO<sup>6</sup>**

Premesso che il Premio è indivisibile, il Contraente può pagare il Premio complessivo per tutti i Moduli acquistati scegliendo una tra le seguenti modalità:

- in un'unica soluzione;
- in rate mensili, trimestrali, quadrimestrali e semestrali.

La modalità di pagamento deve essere scelta dal Contraente nella fase di sottoscrizione della Polizza.

**Il pagamento del Premio in un'unica soluzione deve essere eseguito nel momento della stipula della Polizza.**

**Il pagamento del Premio frazionato in rate trimestrali, quadrimestrali o semestrali deve essere eseguito dal Contraente, alle scadenze concordate, presso l'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza oppure online, tramite i canali digitali di UniSalute (es. sito internet [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)).**

**Il pagamento del Premio frazionato in rate mensili deve essere eseguito con le modalità previste dal successivo articolo "FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE".**

#### **1.11 FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE**

<sup>6</sup> Quali modalità di pagamento sono previste in caso di acquisto online della Polizza?

In caso di acquisto della Polizza sul sito di UniSalute [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) è possibile pagare il Premio solo in un'unica soluzione o in rate mensili.

UniSalute si riserva di concedere (e, una volta concessa, di revocare) al Contraente che ne faccia richiesta, la possibilità di frazionare il pagamento del Premio in rate mensili, senza oneri di frazionamento. In relazione al frazionamento mensile del Premio UniSalute e il Contraente convengono quanto di seguito specificato.

#### **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 dalla 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 dalla 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 dall'Intermediario 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:

- per addebiti tramite SEPA Direct Debit - nei 5 (cinque) giorni lavorativi prima della scadenza della rata, o 6 (sei) 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, la 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.) della Società 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'Intermediario 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'Intermediario 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 dell'Assicurazione**

Se l'Assicurazione è stipulata senza tacito rinnovo, il Contraente che intende rinnovarla 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 deve pagare la prima rata concordando con l'Intermediario 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.

Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo:

- il Contraente deve pagare l'eventuale importo delle rate arretrate, prima del pagamento del Premio di rinnovo;
- se interviene una modifica del Premio, il Contraente che vuole rifiutare il rinnovo alle nuove condizioni di Premio comunicate da UniSalute almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza, come previsto dall'articolo "Tacito rinnovo dell'Assicurazione", deve richiedere all'Intermediario l'interruzione dell'addebito automatico entro la scadenza. In questo caso, se non viene riattivato l'addebito automatico o pagata la rata di rinnovo, il contratto deve intendersi cessato per disdetta alla scadenza e UniSalute rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto;
- UniSalute revoca la concessione del frazionamento mensile se al momento del rinnovo non vengono rispettati dal Contraente i requisiti indicati al precedente punto A.2. In questo caso il

Contraente deve pagare il Premio di rinnovo in un'unica soluzione, concordando con UniSalute una diversa modalità di pagamento.

#### **D. Revoca del frazionamento mensile**

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

- cessione dell'Assicurazione, 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**

#### **1.12 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

UniSalute offre l'Assicurazione in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente alla stipula.

Se la dichiarazione contiene informazioni errate o incomplete UniSalute può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile ad un Premio più alto. **In questo caso, se il Contraente rilascia tali informazioni errate o incomplete con dolo (cioè con coscienza e volontà) o colpa grave, UniSalute può rifiutare la liquidazione del Sinistro e chiedere l'annullamento dell'Assicurazione. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, UniSalute può liquidare il Sinistro riducendo l'Indennizzo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dall'Assicurazione (ad esempio, se UniSalute ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).**

L'Assicurazione viene stipulata sul presupposto che ogni Assicurato abbia domicilio abituale in Italia, nella Repubblica di San Marino, o nella Città del Vaticano, come previsto dall'articolo "REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ".

**Ciascun Assicurato, quindi, è tenuto a comunicare tempestivamente a UniSalute qualsiasi modifica del proprio domicilio abituale in uno Stato diverso da quelli indicati nel presente articolo.** Ricevuta la comunicazione dall'Assicurato:

- nel caso in cui il nuovo domicilio abituale sia ubicato in uno Stato nel quale UniSalute non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi, il contratto cessa dalle ore 24 del giorno antecedente la data del trasferimento;
- negli altri casi UniSalute valuta, anche alla luce di quanto previsto nel successivo articolo "AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO", se e a quali condizioni proseguire l'Assicurazione.

#### **1.13 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO**

**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'articolo 1897 del Codice Civile.

#### **1.14 ALTRE ASSICURAZIONI**

Il Contraente e/o l'Assicurato sono tenuti a dichiarare a UniSalute l'eventuale esistenza o la successiva stipula, presso altri assicuratori, di assicurazioni riguardanti lo stesso Rischio e le medesime garanzie assicurate con la presente Assicurazione, 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 darne avviso a tutti gli assicuratori 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 considerato, purché le somme complessivamente ricevute non superino l'ammontare del danno.

### **ALTRE NORME**

#### **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 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.

#### **1.17 LEGISLAZIONE APPLICABILE**

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

#### **1.18 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;

21,25%, per il Premio riferito alle garanzie relative al Rischio Perdite pecuniarie.

#### **1.19 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

## SEZIONE 2: MODULI DELL'ASSICURAZIONE

### MODULO GIOVANI

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.

La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

#### NORME SPECIFICHE

##### 2.1. LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 30° (trentesimo) anno di età dell'Assicurato, salvo deroga accordata da UniSalute.

L'Assicurazione, pertanto, cessa alla prima scadenza di Polizza successiva al raggiungimento dei limiti di età indicati nel presente articolo per ciascun Assicurato.

##### 2.2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", le coperture relative alle garanzie "Spese Sanitarie", decorrono dalle ore 24 del:

- del giorno di effetto dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie;
- del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione.

#### GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

#### COSA ASSICURA

##### 2.3. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

- Cure mediche all'estero;
- Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche;
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi e riabilitazione sportiva.

##### 2.3.1. CURE MEDICHE ALL'ESTERO

UniSalute provvede al pagamento delle spese mediche sostenute dall'Assicurato durante la permanenza **all'estero per cure mediche non procrastinabili a seguito di Malattia improvvisa o Infortunio occorso durante la permanenza all'estero**, per le prestazioni di seguito riportate:

- Visite mediche specialistiche;
- Medicinali/Farmaci (con esclusione di quelli salva vita);
- Accertamenti diagnostici.

**Relativamente ai Medicinali/Farmaci e agli Accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessaria la prescrizione medica o il certificato di Pronto Soccorso contenenti il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.**

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 2.000 (duemila) euro per Assicurato e per Anno.**

### 2.3.2. PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE

UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per le **Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche effettuate nei 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione di un Ricovero** dovuto a Malattia o Infortunio. Tali prestazioni devono essere prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e devono essere effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta/psicologo iscritto all'albo.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

### 2.3.3. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI E RIABILITAZIONE SPORTIVA

UniSalute provvede al pagamento delle spese per i **trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi**, effettuati a seguito di:

- **Ricovero** dovuto a Malattia o Infortunio, nei 120 (centoventi) giorni successivi dalla data di dimissioni purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero stesso.
- **Inabilità Temporanea di almeno 20 (venti) giorni continuativi, nei 30 (trenta) giorni** successivi alla data della certificazione medica della stessa

Si intendono inclusi i trattamenti fisioterapici finalizzati alla rieducazione funzionale, con esercizi mirati al recupero del gesto sportivo e della performance, anche se effettuati presso palestre e club ginnico-sportivi. Le prestazioni devono essere prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente all'Infortunio o alla Malattia denunciati e devono essere effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

## CHE COSA NON È ASSICURATO

### 2.4. ESCLUSIONI

#### L'Assicurazione non opera per:

- a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni;
- b) la cura delle Malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, salvo quanto previsto dall'articolo "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche";
- c) tutte le prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche nonché gli Interventi chirurgici e gli Accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- d) le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- e) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- f) gli Interventi chirurgici per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- g) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- h) gli Infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- i) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- j) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- l) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure sperimentali e i medicinali biologici;
- m) le conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

## COME ASSICURA

### 2.5. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute garantisce le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

#### **Garanzia "Cure mediche all'estero"**

UniSalute eroga le prestazioni rimborsando le spese sostenute in proprio dall'Assicurato.

#### **Garanzie "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche" e "Trattamenti fisioterapici riabilitativi e riabilitazione sportiva"**

UniSalute rimborsa le spese sostenute in proprio dall'Assicurato con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura.**

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di alcun limite.

## 2.6. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

## **GARANZIE ASSISTENZA E PERDITE PECUNIARIE**

(Articoli riferiti a prestazioni di Assistenza e Perdite Pecuniarie)

### **COSA ASSICURA**

#### **2.7. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli per:

- Prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, rispetto alle seguenti prestazioni:

#### **In Italia**

- Invio di un medico;
- Rientro dal ricovero di primo soccorso;
- Trasferimento in centro medico specializzato;
- Assistenza domiciliare infermieristica e fisioterapica;
- Prelievo a domicilio per esame ematochimico;

#### **All'estero**

- Viaggio di un familiare all'estero;
  - Invio di medicinali urgenti all'estero;
  - Rimpatrio sanitario;
- Perdite pecuniarie derivanti dalle spese sostenute dall'Assicurato per:
    - Recupero anno scolastico;
    - Lezioni di recupero.

Inoltre, è previsto il servizio di consulenza "Informazioni sanitarie telefoniche".

#### **2.7.1. INVIO DI UN MEDICO**

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 (venti) alle ore 8 (otto) nei giorni feriali o per le 24 (ventiquattro) ore 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.

#### **2.7.2. RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO**

Nel caso in cui, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, per rientrare alla propria abitazione, 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 km per evento.**

### 2.7.3. TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO

Qualora 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 provvederà a organizzare 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 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 trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

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

### 2.7.4. ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA E FISIOTERAPICA

In caso di necessità dell'Assicurato di ricevere assistenza a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa che abbiano comportato un Ricovero o uno stato di Inabilità temporanea, la Centrale Operativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico di Unisalute, al fine di consentire le terapie domiciliari, provvederà a fornire un'Assistenza infermieristica o fisioterapica specializzata per un massimo di 20 ore complessive esclusivamente nell'arco delle prime 4 settimane di convalescenza. Tali ore potranno essere usufruite senza soluzione di continuità o ad intervalli da concordarsi con il medico Unisalute.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione tre giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

In ogni caso, laddove la richiesta di prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro tre giorni dalla data della richiesta stessa.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

### 2.7.5. PRELIEVO A DOMICILIO PER ESAME EMATOCHIMICO

Qualora l'Assicurato, a seguito Malattia improvvisa o Infortunio che abbiano comportato un Ricovero o un'Inabilità Temporanea, sia impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, la Centrale Operativa organizzerà il prelievo presso il domicilio dell'Assicurato.

Il costo dell'esame rimane a carico dell'Assicurato.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 250 (duecentocinquanta) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.7.6. INVIO DEI FARMACI A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato necessiti di Medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dalla propria abitazione in quanto, in seguito ad Infortunio o Malattia improvvisa, si trova in uno stato di convalescenza post-ricovero o uno stato di Inabilità Temporanea, certificati dal suo medico curante la Centrale Operativa organizzerà l'invio dei Medicinali presso il domicilio dell'Assicurato.

Il costo dei farmaci rimane a carico dell'Assicurato.

Si intendono esclusi i farmaci salvavita.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.7.7. VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO

Nel caso in cui, in conseguenza di Malattia improvvisa o di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un Ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 (dieci) 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.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 100 (cento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.7.8. INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO

Qualora, a seguito di Malattia o Infortunio, l'Assicurato necessiti di specifici farmaci non reperibili sul posto (purché commercializzati in Italia), la Centrale Operativa provvederà all'invio utilizzando il mezzo di trasporto più rapido possibile, nel rispetto delle normative locali sul trasporto di medicinali, sostenendo interamente le relative spese.

Il costo dei farmaci rimane a carico dell'Assicurato.

Si intendono esclusi i farmaci salvavita.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.7.9. 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 provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più 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.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**

- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è 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 infermità 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.

#### **2.7.10. RECUPERO ANNO SCOLASTICO**

UniSalute eroga un Indennizzo forfettario all'Assicurato qualora risulti non ammesso all'anno scolastico successivo a seguito di Malattia improvvisa o Infortunio che abbiano comportato un Ricovero superiore ai 5 giorni o una Inabilità Temporanea superiore ai 30 giorni consecutivi.

UniSalute si riserva di chiedere tutta la documentazione necessaria all'erogazione della garanzia.

Le somme assicurate è quella prevista ed indicata in Polizza:

- **Offerta Base: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 2.000 (duemila) euro per Assicurato e per Anno.**

#### **2.7.11. LEZIONI DI RECUPERO**

UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese di lezioni di recupero e tutoraggio regolarmente fatturate se è risultato assente dalle lezioni scolastiche o Universitarie a seguito di Malattia improvvisa o Infortunio che abbiano comportato un Ricovero superiore a 5 giorni o uno stato di Inabilità Temporanea superiore a 22 giorni consecutivi.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 20 (venti) euro al giorno per massimo 30 (trenta) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 40 (quaranta) euro al giorno per massimo 30 (trenta) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per Anno.**

#### **2.7.12. INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, Assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- medicinali: composizione, indicazioni e controindicazioni.

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800-009953** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

## CHE COSA NON È ASSICURATO

### 2.8. ESCLUSIONI

**La Struttura Organizzativa 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

### 2.9. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute eroga le prestazioni di Assistenza sopra esposte attraverso la propria rete convenzionata o rimborsando le spese sostenute dall'Assicurato.

### 2.10. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

## SERVIZI ACCESSORI

### 2.11. SERVIZI ACCESSORI - GIOVANI

**SiSalute** prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare determinati servizi relativi alla salute attraverso strumenti digitali e, quando previsto, con eventuale supporto informativo degli operatori SiSalute.

I servizi sono:

- 1) **Blog**: l'Assicurato ha la possibilità di consultare gratuitamente il Blog contenente articoli editoriali relativi alla salute;
- 2) **Pharma**: l'Assicurato ha la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio;
- 3) **Pharma Checker**: l'Assicurato ha la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.

"Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato dovrà rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.

- 4) **Televisita Specialistica**: l'Assicurato ha la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni;
- 5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata**: l'Assicurato ha la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di **6** prestazioni all'anno. È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni;
- 6) **Chat e Televisita**: l'Assicurato ha la possibilità di chattare direttamente con personale sanitario che gratuitamente sarà a sua disposizione per rispondere a preoccupazioni, incertezze e dare consigli, eventualmente può attivare il servizio Televisita;

“Televisita Specialistica” e “Chat e Televisita” non sono prestazioni di emergenza-urgenza medica e pertanto in tali casi l’Assicurato deve rivolgersi alle strutture pubbliche destinate a tale scopo.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità della copertura questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati.

I Servizi SiSalute sono attivi per ciascun Assicurato che ne faccia uso tramite gli strumenti digitali (e/o centrale operativa) messi a disposizione da SiSalute.

L’Assicurato riceve da SiSalute, all’indirizzo di posta elettronica comunicato, le informazioni necessarie per accedere ai Servizi SiSalute, unitamente alla guida all’utilizzo degli strumenti digitali disponibili per fruire dei Servizi SiSalute.

In caso di necessità è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542035, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

### **TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI**

#### **GARANZIE SPESE SANITARIE**

| <b>PRESATAZIONI ASSICURATE</b>                             | <b>FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI</b>  | <b>MASSIMALI/SOMME ASSICURATE</b>   |
|--|--|---|
| <b>CURE MEDICHE ALL’ESTERO</b>                             | -  | Offerta Base: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 2.000 (duemila) euro per Assicurato e per Anno.   |
| <b>PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE</b>       | scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura. | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno. |
| <b>TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITAZIONE SPORTIVA</b> | scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura. | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno. |

#### **GARANZIE ASSISTENZA**

| <b>PRESATAZIONI ASSICURATE</b>                                | <b>FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI</b> | <b>MASSIMALI/SOMME ASSICURATE</b>   |
|---|---|---|
| <b>INVIO DI UN MEDICO</b>                                     | -   | -   |
| <b>RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO</b>                 | -   | limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.                      |
| <b>TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO</b>           | -   | -   |
| <b>ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA E FISIOTERAPICA</b> | -   | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno. |
| <b>PRELIEVO A DOMICILIO PER</b>                               | -   | Offerta Base: 250   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| <b>ESAME EMATOCHIMICO</b>                    |   | (duecentocinquanta) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.  |
| <b>INVIO DEI FARMACI A DOMICILIO</b>         | - | Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.  |
| <b>VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO</b>    | - | Offerta Base: 100 (cento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno.   |
| <b>INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTRO</b> | - | Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.  |
| <b>RIMPATRIO SANITARIO</b>                   | - | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.  |
| <b>RECUPERO ANNO SCOLASTICO</b>              | - | Offerta Base: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 2.000 (duemila) euro per Assicurato e per Anno.  |
| <b>LEZIONI DI RECUPERO</b>                   | - | Offerta Base: 20 (venti) euro al giorno per massimo 30 (trenta) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 40 (quaranta) euro al giorno per massimo 30 (trenta) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per Anno. |
| <b>INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE</b>    | - | -  |

---

## **MODULO GENITORI**

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.

La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

---

### **NORME SPECIFICHE**

#### **2.12. LIMITI DI ETÀ**

L'Assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 60° (sessantesimo) anno di età dell'Assicurato, salvo deroga accordata da UniSalute.

L'Assicurazione, pertanto, cessa alla prima scadenza di Polizza successiva al raggiungimento dei limiti di età indicati nel presente articolo per ciascun Assicurato.

#### **2.13. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE**

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "Periodi di carenza contrattuale" della Sezione "Norme che regolano il contratto in generale", le coperture relative alle garanzie "Spese Sanitarie", decorrono dalle ore 24 del:

- del giorno di effetto dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie;
- del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'Assicurazione;
- del 60° (sessantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per l'Aborto e le malattie dipendenti da gravidanza;
- del 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per il parto e le malattie da puerperio.

### **GARANZIE SPESE SANITARIE**

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

### **COSA ASSICURA**

#### **2.14. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

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

- Accertamenti diagnostici post Ricovero
- Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi

#### **2.14.1. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST RICOVERO**

UniSalute provvede al pagamento delle spese per **Accertamenti diagnostici effettuati nei 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione di un Ricovero** dovuto a Malattia o Infortunio, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero stesso.

Sono compresi anche gli Accertamenti diagnostici a seguito di Ricovero per parto e Aborto terapeutico.

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

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 3.000 (tremila) euro per Assicurato e per Anno.**

#### **2.14.2. PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE**

UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per le **Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche effettuate nei 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione di un Ricovero** dovuto a Malattia o Infortunio. Tali prestazioni devono essere prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e devono essere effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta/psicologo iscritto all'albo.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

#### **2.14.3. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI**

UniSalute provvede al pagamento delle spese per i **trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi**, effettuati a seguito di:

- **Ricovero** dovuto a Malattia o Infortunio, nei 120 (centoventi) giorni successivi dalla data di dimissioni purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero stesso.
- **Inabilità Temporanea di almeno 20 (venti) giorni continuativi, nei 30 giorni** successivi alla data della certificazione medica della stessa

Le prestazioni devono essere prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente all'Infortunio o alla Malattia denunciati e devono essere effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

### **CHE COSA NON È ASSICURATO**

#### **2.15. ESCLUSIONI**

**L'Assicurazione non opera per:**

- a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni;

- b) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, salvo quanto previsto dall'articolo "PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE";
- c) tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli Interventi chirurgici e gli Accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- d) le prestazioni mediche con finalità estetiche se (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- e) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- f) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- g) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- h) gli Infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- i) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- j) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- l) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure sperimentali e i Medicinali biologici;
- m) le conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

## **COME ASSICURA**

### **2.16. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

UniSalute garantisce le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

UniSalute rimborsa le spese sostenute in proprio dall'Assicurato con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura;**

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di alcun limite.

### **2.17. ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

**GARANZIE ASSISTENZA**  
(Articoli riferiti a prestazioni di Assistenza)

**COSA ASSICURA**

**2.18. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli per:

- Prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, rispetto alle seguenti prestazioni:

**In Italia**

- Invio di un medico;
- Rientro dal ricovero di primo soccorso;
- Trasferimento in centro medico specializzato;
- Assistenza domiciliare infermieristica e fisioterapia;
- Prelievo a domicilio per esame ematochimico;
- Invio dei farmaci a domicilio;
- Rientro dei figli minori
- Servizi di domiciliarità (baby-sitter, badante, collaboratrice domestica)

**All'estero**

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

Inoltre, è previsto il servizio di consulenza "Informazioni sanitarie telefoniche".

**2.18.1. INVIO DI UN MEDICO**

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 (venti) alle ore 8 (otto) nei giorni feriali o per le 24 (ventiquattro) 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.

**2.18.2. RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO**

Nel caso in cui, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, per rientrare alla propria abitazione, 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 km per evento.**

### 2.18.3. TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO

Qualora 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 provvederà a organizzare 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 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 trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

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

### 2.18.4. ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA E FISIOTERAPICA

In caso di necessità dell'Assicurato di ricevere assistenza a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa che abbiano comportato un Ricovero o uno stato di Inabilità temporanea, la Centrale Operativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico di Unisalute, al fine di consentire le terapie domiciliari, provvederà a fornire un'Assistenza infermieristica o fisioterapica specializzata per un massimo di 20 (venti) ore complessive esclusivamente nell'arco delle prime 4 settimane di convalescenza. Tali ore potranno essere usufruite senza soluzione di continuità o ad intervalli da concordarsi con il medico Unisalute.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione tre giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

In ogni caso, laddove la richiesta di prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro 3 (tre) giorni dalla data della richiesta stessa.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

### 2.18.5. PRELIEVO A DOMICILIO PER ESAME EMATOCHIMICO

Qualora l'Assicurato, a seguito Malattia improvvisa o Infortunio che abbiano comportato un Ricovero o un'Inabilità Temporanea, sia impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, la Centrale Operativa organizzerà il prelievo presso il domicilio dell'Assicurato.

Il costo dell'esame rimane a carico dell'Assicurato.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 250 (duecentocinquanta) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.18.6. INVIO DEI FARMACI A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato necessiti di Medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dalla propria abitazione in quanto, in seguito ad Infortunio o Malattia improvvisa, si trova in uno stato di convalescenza post-ricovero o uno stato di Inabilità Temporanea, certificati dal suo medico curante la Centrale Operativa organizzerà l'invio dei Medicinali presso il domicilio dell'Assicurato.

Il costo dei farmaci rimane a carico dell'Assicurato.

Si intendono esclusi i farmaci salvavita.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.18.7. RIENTRO DEI FIGLI MINORI

Nel caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato, in seguito ad Infortunio o Malattia improvvisa, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro al domicilio dei figli minorenni dell'Assicurato, nel caso questi si trovino in un'altra città rispetto a quella di domicilio, tenendo a carico di UniSalute le relative spese.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.18.8. SERVIZI DI DOMICILIARITÀ (BABY-SITTER, BADANTE, COLLABORATRICE DOMESTICA)

Qualora a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa che abbia portato ad un Ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni l'Assicurato necessiti di una baby-sitter, di una badante o di una collaboratrice domestica, UniSalute manterrà a proprio carico le relative spese rese necessarie nei 60 giorni successivi alle dimissioni. Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione tre giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

In ogni caso, laddove la richiesta di prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro tre giorni dalla data della richiesta stessa.

Se, per cause indipendenti dalla Centrale Operativa, non fosse possibile recuperare un fornitore UniSalute potrà rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato, previa conferma della Centrale Operativa e invio della documentazione fiscalmente valida.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 80 (ottanta) euro al giorno per massimo 10 (dieci) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per anno;**
- **Offerta Top: 80 (ottanta) euro al giorno per massimo 20 (venti) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per anno.**

#### 2.18.9. VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO

Nel caso in cui, in conseguenza di Malattia improvvisa 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.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 100 (cento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.18.10. INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO

Qualora, a seguito di Malattia o Infortunio, l'Assicurato necessiti di specifici farmaci non reperibili sul posto (purché commercializzati in Italia), la Centrale Operativa provvederà all'invio utilizzando il mezzo di trasporto più rapido possibile, nel rispetto delle normative locali sul trasporto di medicinali, sostenendo interamente le relative spese.

Il costo dei farmaci rimane a carico dell'Assicurato.

Si intendono esclusi i farmaci salvavita.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.18.11. 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 provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più 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.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 250 (duecentocinquanta) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.**

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è 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 infermità 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.

#### 2.18.12. INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, Assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- medicinali: composizione, indicazioni e controindicazioni.

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800-009953** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

## **CHE COSA NON È ASSICURATO**

### **2.19. ESCLUSIONI**

**La Struttura Organizzativa non fornisce:**

- c) le prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza;
- d) 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**

### **2.20. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

UniSalute eroga le prestazioni di Assistenza sopra esposte attraverso la propria rete di Strutture sanitarie convenzionate o rimborsando le spese sostenute dall'Assicurato.

### **2.21. ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

## **SERVIZI ACCESSORI**

### **2.22. SERVIZI ACCESSORI - GENITORI**

Unisalute Servizi prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare determinati servizi relativi alla salute attraverso strumenti digitali e, quando previsto, con eventuale supporto informativo degli operatori SiSalute.

I servizi attivabili sono i seguenti:

- 1) **Blog**: l'Assicurato ha la possibilità di consultare gratuitamente il Blog contenente articoli editoriali relativi alla salute;
- 2) **Pharma**: l'Assicurato ha la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio;
- 3) **Pharma Checker**: l'Assicurato ha la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.

“Pharma Checker” non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.

- 4) Televisita Specialistica: l'Assicurato ha la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni;**
- 5) Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata: l'Assicurato ha la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 12 prestazioni all'Anno, di cui 6 per il genitore da prenotarsi tramite lo strumento digitale e 6 per il figlio in copertura da prenotarsi tramite centrale operativa. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni;**
- 6) Chat e Televisita: l'Assicurato ha la possibilità di chattare direttamente con personale sanitario che gratuitamente sarà a sua disposizione per rispondere a preoccupazioni, incertezze e dare consigli, eventualmente può attivare il servizio Televisita;
- 7) Care Manager: l'Assicurato ha la possibilità di accedere alla sezione dell'App “Care Manager” tramite la quale potrà ottenere l'assistenza telefonica di un consulente specializzato nell'Assistenza, in ambito sanitario, che lo indirizzerà al servizio più idoneo in base ai propri bisogni. L'Assicurato potrà prenotare per il tramite del Care Manager fino ad un massimo di 12 prestazioni all'Anno di Assistenza domiciliare. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni;**

“Televisita Specialistica” e “Chat e Televisita” non sono prestazioni di emergenza-urgenza medica e pertanto in tali casi l'Assicurato deve rivolgersi alle strutture pubbliche destinate a tale scopo.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità della copertura questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati.

I Servizi SiSalute sono attivi per ciascun Assicurato che ne faccia uso tramite gli strumenti digitali (e/o centrale operativa) messi a disposizione da SiSalute.

L'Assicurato riceve da SiSalute, all'indirizzo di posta elettronica comunicato, le informazioni necessarie per accedere ai Servizi SiSalute, unitamente alla guida all'utilizzo degli strumenti digitali disponibili per fruire dei Servizi SiSalute.

In caso di necessità è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542035, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

**TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI**

**GARANZIE SPESE SANITARIE**

| PRESATAZIONI ASSICURATE                              | FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI   | MASSIMALI/SOMME ASSICURATE   |
|--|--|--|
| <b>ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST RICOVERO</b>        | scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura. | Offerta Base: 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 3.000 (tremila) euro per Assicurato e per Anno. |
| <b>PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE</b> | scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura. | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.          |
| <b>TRATTAMENTI FISIOTERAPICI</b>                     | scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura. | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.          |

**GARANZIE ASSISTENZA**

| PRESATAZIONI ASSICURATE                                       | FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI | MASSIMALI/SOMME ASSICURATE  |
|---|------------------------------------|---|
| <b>INVIO DI UN MEDICO</b>                                     | -                                  | -   |
| <b>RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO</b>                 | -                                  | limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.                                |
| <b>TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO</b>           | -                                  | -   |
| <b>ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA E FISIOTERAPICA</b> | -                                  | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.           |
| <b>PRELIEVO A DOMICILIO PER ESAME EMATOCHIMICO</b>            | -                                  | Offerta Base: 250 (duecentocinquanta) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno. |
| <b>INVIO DEI FARMICI A DOMICILIO</b>                          | -                                  | Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.         |
| <b>RIENTRO DEI FIGLI MINORI</b>                               |                                    | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.           |
| <b>SERVIZI DI DOMICILIARITÀ</b>                               |                                    | Offerta Base: 80 (ottanta) euro al giorno per massimo 10 (dieci) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per anno;          |

|  |   |   |
|--|---|---|
|  |   | Offerta Top: 80 (ottanta) euro al giorno per massimo 20 (venti) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per anno.           |
| <b>VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO</b>    | - | Offerta Base: 100 (cento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno.                |
| <b>INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTRO</b> | - | Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.         |
| <b>RIMPATRIO SANITARIO</b>                   | - | Offerta Base: 250 (duecentocinquanta) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno. |
| <b>INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE</b>    | - | -   |

---

## **MODULO SENIOR**

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.

La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

---

### **NORME SPECIFICHE**

#### **2.23. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE**

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", le coperture relative alle garanzie "Spese Sanitarie", decorrono dalle ore 24 del:

- del giorno di effetto dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie;
- del 180° (centottantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'Assicurazione.

### **GARANZIE SPESE SANITARIE**

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

### **COSA ASSICURA**

#### **ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO**

#### **2.24. 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:

- Accertamenti diagnostici post Ricovero
- Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche
- Cure termali.

##### **2.24.1. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST RICOVERO**

UniSalute provvede al pagamento delle spese per **Accertamenti diagnostici effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione di un Ricovero** dovuto a Malattia o Infortunio, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero stesso.

Sono compresi anche gli Accertamenti diagnostici a seguito di Ricovero per parto e Aborto terapeutico.

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

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 2.000 (duemila) euro per Assicurato e per Anno.**

### 2.24.2. PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE

UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per le **Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione di un Ricovero** dovuto a Malattia o Infortunio. Tali prestazioni devono essere prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e devono essere effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta/psicologo iscritto all'albo.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

### 2.24.3. CURE TERMALI

UniSalute provvede al pagamento delle **Cure termali (escluse le spese di natura alberghiera) effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione di un Ricovero**, purché rese necessarie dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero stesso, e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato o presso Istituti autorizzati all'esercizio delle attività sanitarie termali.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

## CHE COSA NON È ASSICURATO

### 2.25. ESCLUSIONI

#### L'Assicurazione non opera per:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni;
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici, salvo quanto previsto dall'articolo "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche";
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- h) gli Infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
- i) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- j) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- k) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- l) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure sperimentali e i medicinali biologici;
- m) le conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

### **COME ASSICURA**

#### **2.26. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

UniSalute garantisce le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

UniSalute rimborsa le spese sostenute in proprio dall'Assicurato con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura;**

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato senza applicazione di alcun limite.

#### **2.27. ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

**GARANZIE ASSISTENZA**  
(Articoli riferiti a prestazioni di Assistenza)

**COSA ASSICURA**

**2.28. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli per:

- Prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, rispetto alle seguenti prestazioni:

**In Italia**

- Invio di un medico;
- Rientro dal ricovero di primo soccorso;
- Trasferimento in centro medico specializzato;
- Assistenza domiciliare infermieristica e fisioterapica;
- Prelievo a domicilio per esame ematochimico;
- Invio dei farmaci a domicilio;
- Servizi di domiciliarità (badante, collaboratrice domestica);
- Trasporto visite e cicli terapie.

**All'estero**

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

Inoltre, è previsto il servizio di consulenza "Informazioni sanitarie telefoniche".

**2.28.1. INVIO DI UN MEDICO**

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, 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.

**2.28.2. RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO**

Nel caso in cui, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, per rientrare alla propria abitazione, 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 km per evento.**

### 2.28.3. TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO

Qualora 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 provvederà a organizzare 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 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 trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

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

### 2.28.4. ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA E FISIOTERAPICA

In caso di necessità dell'Assicurato di ricevere assistenza a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa che abbiano comportato un Ricovero o uno stato di Inabilità temporanea, la Centrale Operativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico di Unisalute, al fine di consentire le terapie domiciliari, provvederà a fornire un'assistenza infermieristica o fisioterapica specializzata per un massimo di 20 ore complessive esclusivamente nell'arco delle prime 4 settimane di convalescenza. Tali ore potranno essere usufruite senza soluzione di continuità o ad intervalli da concordarsi con il medico Unisalute.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione tre giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

In ogni caso, laddove la richiesta di prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro tre giorni dalla data della richiesta stessa.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

### 2.28.5. PRELIEVO A DOMICILIO PER ESAME EMATOCHIMICO

Qualora l'Assicurato, a seguito Malattia improvvisa o Infortunio che abbiano comportato un Ricovero o un'Inabilità Temporanea, sia impossibilitato a muoversi dalla propria abitazione e necessiti di effettuare con urgenza un esame ematochimico, come da certificazione del medico curante, la Centrale Operativa organizzerà il prelievo presso il domicilio dell'Assicurato.

Il costo dell'esame rimane a carico dell'Assicurato.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 250 (duecentocinquanta) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.28.6. INVIO DEI FARMACI A DOMICILIO

Qualora l'Assicurato necessiti di Medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dalla propria abitazione in quanto, in seguito ad Infortunio o Malattia improvvisa, si trova in uno stato di convalescenza post-ricovero o uno stato di Inabilità Temporanea, certificati dal suo medico curante la Centrale Operativa organizzerà l'invio dei Medicinali presso il domicilio dell'Assicurato.

Il costo dei farmaci rimane a carico dell'Assicurato.

Si intendono esclusi i farmaci salvavita.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.28.7. SERVIZI DI DOMICILIARITÀ (BADANTE, COLLABORATRICE DOMESTICA)

Qualora, a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa che abbia comportato un Ricovero ospedaliero di almeno 5 giorni l'Assicurato necessiti di una badante o di una collaboratrice domestica, UniSalute manterrà a proprio carico le spese rese necessarie nei 60 giorni successivi alle dimissioni.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione tre giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione di tali cure.

In ogni caso, laddove la richiesta di prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro tre giorni dalla data della richiesta stessa.

Se, per cause indipendenti dalla Centrale Operativa, non fosse possibile recuperare un fornitore UniSalute potrà rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato previa conferma della Centrale Operativa e invio della documentazione fiscalmente valida.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 80 (ottanta) euro al giorno per massimo 10 (dieci) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per anno;**
- **Offerta Top: 80 (ottanta) euro al giorno per massimo 20 (venti) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per anno.**

#### 2.28.8. TRASPORTO VISITE E CICLI DI TERAPIA

Per le prime 3 settimane di convalescenza post-Ricovero di 5 giorni, conseguente a malattia improvvisa o infortunio, in caso di necessità dell'Assicurato, impossibilitato a muoversi, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assicurato dal proprio domicilio al luogo di svolgimento delle prestazioni sanitarie di cui necessità. UniSalute tiene a carico le relative spese.

Se, per cause indipendenti dalla Centrale Operativa, non fosse possibile recuperare un fornitore UniSalute potrà rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato previa conferma della Centrale Operativa e invio della documentazione fiscalmente valida

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale scelto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.**

#### 2.28.9. VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO

Nel caso in cui, in conseguenza di Malattia improvvisa 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.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 100 (cento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### **2.28.10. INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTERO**

Qualora, a seguito di Malattia o Infortunio, l'Assicurato necessiti di specifici farmaci non reperibili sul posto (purché commercializzati in Italia), la Centrale Operativa provvederà all'invio utilizzando il mezzo di trasporto più rapido possibile, nel rispetto delle normative locali sul trasporto di medicinali, sostenendo interamente le relative spese.

Il costo dei farmaci rimane a carico dell'Assicurato.

Si intendono esclusi i farmaci salvavita.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.**

#### **2.28.11. 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 provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più 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.

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento del Massimale previsto ed indicato in Polizza:

- **Offerta Base: 250 (duecentocinquanta) euro per Assicurato e per Anno;**
- **Offerta Top: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.**

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è 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 infermità 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.

#### **2.28.12. INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE**

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;

- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, Assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- medicinali: composizione, indicazioni e controindicazioni.

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800-009953** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

## **CHE COSA NON È ASSICURATO**

### **2.29. ESCLUSIONI**

**La Struttura Organizzativa non fornisce:**

- e) le prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza;
- f) 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**

### **2.30. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

UniSalute eroga le prestazioni di Assistenza sopra esposte attraverso la propria rete convenzionata o rimborsando le spese sostenute dall'Assicurato.

### **2.31. ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

## **SERVIZI ACCESSORI**

### **2.32. SERVIZI ACCESSORI – SENIOR**

Unisalute Servizi prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare determinati servizi relativi alla salute attraverso strumenti digitali e, quando previsto, con eventuale supporto informativo degli operatori SiSalute.

I servizi sono:

- 1) **Blog**: l'Assicurato ha la possibilità di consultare gratuitamente il Blog contenente articoli editoriali relativi alla salute;
- 2) **Pharma**: l'Assicurato ha la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio;
- 3) **Pharma Checker**: l'Assicurato ha la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.  
"Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.

- 4) Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata: l'Assicurato ha la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 24 prestazioni all'anno. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni;**
- 5) Care Manager: l'Assicurato ha la possibilità di accedere alla sezione dell'App "Care Manager" tramite la quale potrà ottenere l'assistenza telefonica di un consulente specializzato nell'assistenza, in ambito sanitario, che lo indirizzerà al servizio più idoneo in base ai propri bisogni. L'Assicurato potrà prenotare per il tramite del Care Manager fino ad un massimo di 24 prestazioni all'anno di assistenza domiciliare. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni;**

Inoltre, per gli Assicurati che hanno attivato il Modulo aggiuntivo "SERVIZI PLUS", è previsto il seguente servizio accessorio:

- 6) Teleconsulto con MMG (Medico di Medicina Generale): l'Assicurato ha la possibilità di prenotare ed effettuare gratuitamente, nei limiti previsti di n° 12 teleconsulti con un MMG h24, 7/7.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità della copertura questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati.

I Servizi SiSalute sono attivi per ciascun Assicurato che ne faccia uso tramite gli strumenti digitali (e/o centrale operativa) messi a disposizione da SiSalute.

L'Assicurato riceve da SiSalute, all'indirizzo di posta elettronica comunicato, le informazioni necessarie per accedere ai Servizi SiSalute, unitamente alla guida all'utilizzo degli strumenti digitali disponibili per fruire dei Servizi SiSalute.

Per assistenza è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542035, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

### **TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI**

#### **GARANZIE SPESE SANITARIE**

| <b>PRESATAZIONI ASSICURATE</b>                       | <b>FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI</b>  | <b>MASSIMALI/SOMME ASSICURATE</b>  |
|--|--|--|
| <b>ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST RICOVERO</b>        | scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura. | Offerta Base: 1.000 (millecinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 2.000 (tremila) euro per Assicurato e per Anno. |
| <b>PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE</b> | scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura. | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.          |
| <b>CURE TERMALI</b>                                  | scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per fattura. | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.          |

#### **GARANZIE ASSISTENZA**

| <b>PRESATAZIONI ASSICURATE</b> | <b>FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI</b> | <b>MASSIMALI/SOMME ASSICURATE</b> |
|--------------------------------|---|-----------------------------------|
| <b>INVIO DI UN MEDICO</b>      | -   | -                                 |

|   |   |   |
|---|---|---|
| <b>RIENTRO DAL RICOVERO DI PRIMO SOCCORSO</b>                 | - | limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.  |
| <b>TRASFERIMENTO IN CENTRO MEDICO SPECIALIZZATO</b>           | - | -   |
| <b>ASSISTENZA DOMICILIARE INFERMIERISTICA E FISIOTERAPICA</b> | - | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.   |
| <b>PRELIEVO A DOMICILIO PER ESAME EMATOCHIMICO</b>            | - | Offerta Base: 250 (duecentocinquanta) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.   |
| <b>INVIO DEI FARMICI A DOMICILIO</b>                          | - | Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.   |
| <b>SERVIZI DI DOMICILIARITÀ</b>                               |   | Offerta Base: 80 (ottanta) euro al giorno per massimo 10 (dieci) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per anno;<br>Offerta Top: 80 (ottanta) euro al giorno per massimo 20 (venti) giorni senza vincoli di continuità per Assicurato e per anno. |
| <b>TRASPORTO VISITE E CICLI DI TERAPIA</b>                    |   | Offerta Base: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.   |
| <b>INVIO DI MEDICINALI URGENTI ALL'ESTRO</b>                  | - | Offerta Base: 200 (duecento) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 400 (quattrocento) euro per Assicurato e per Anno.   |
| <b>RIMPATRIO SANITARIO</b>                                    | - | Offerta Base: 250 (duecentocinquanta) euro per Assicurato e per Anno;<br>Offerta Top: 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.   |
| <b>INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE</b>                     | - | -   |

---

## MODULO SERVIZI PLUS

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.

La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

---

### NORME SPECIFICHE

#### 2.33. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

**La garanzia opera se l'Assicurato, al momento della sottoscrizione della Polizza:**

1. non ha 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 ha richiesto l'invalidità civile o non è stato riconosciuto invalido civile nella misura pari almeno al 40%.
3. non ha una delle seguenti patologie: Alzheimer, Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche, sclerosi laterale amiotrofica, 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 è affetto da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

#### 2.34. LIMITI DI ETÀ

**L'Assicurazione può essere stipulata fino al raggiungimento del 70° (settantesimo) anno di età e rinnovata fino al raggiungimento del 85° (ottantacinquesimo) anno di età dell'Assicurato, salvo deroga accordata da UniSalute.**

**L'Assicurazione, pertanto, cessa alla prima scadenza di Polizza successiva al raggiungimento dei limiti di età indicati nel presente articolo per ciascun Assicurato.**

#### 2.35. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", le coperture relative alle garanzie "Spese Sanitarie", decorrono dalle ore 24 del:

- del giorno di effetto dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie;

- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'Assicurazione.

### **GARANZIE SPESE SANITARIE**

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia)

### **COSA ASSICURA**

#### **ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA**

#### **2.36. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, **nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno Stato di non autosufficienza consolidata/permanente durante la sua operatività.**

#### **2.36.1. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE**

Se l'Assicurato si trova in uno **Stato di non autosufficienza consolidata/permanente**, UniSalute copre, attraverso la propria rete di Strutture sanitarie convenzionate, le spese per le prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali o, in caso di permanenza in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale), una retta mensile nei limiti della Somma assicurata come riportato al successivo punto "Somma assicurata".

#### **Definizione dello Stato di non autosufficienza consolidata/permanente**

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 consolidata/permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 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               |
| <b>VESTIRSI E SVESTIRSI</b>  | <b>PUNTEGGIO</b> |
| 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               |
| <b>ANDARE AL BAGNO E USARLO</b>  | <b>PUNTEGGIO</b> |
| 1° grado   |                  |
| L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):<br>(1) andare in bagno<br>(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi<br>(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  | 10               |

gruppi di attività (1), (2) e (3)

### **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  
• sbucciare la frutta  
• aprire un contenitore/una scatola  
• versare bevande nel bicchiere 5

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

## Somma assicurata

Le prestazioni sono garantite fino al raggiungimento della Somma assicurata scelta ed indicata in Polizza:

- **Offerta Base: 3.000 (tremila) euro per Assicurato all'anno fino a 10 anni;**
- **Offerta Top: 5.000 (cinquemila) euro per Assicurato all'anno fino a 10 anni.**

## CHE COSA NON È ASSICURATO

### 2.37. ESCLUSIONI

#### L'Assicurazione non opera per:

- a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni;
- b) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- c) tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- d) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- e) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- f) gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
- g) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- h) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- i) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- j) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure sperimentali e i medicinali biologici;
- k) le conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

## COME ASSICURA

### 2.38. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute garantisce le prestazioni sopra esposte con le modalità sottoindicate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali ricevute.

In alternativa, in caso di permanenza in RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) dell'Assicurato, UniSalute rimborsa la retta nei limiti della Somma assicurata come riportato al punto "Somma assicurata".

## 2.39. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

### TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

| PRESATAZIONI ASSICURATE                                   | FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI | MASSIMALI/SOMME ASSICURATE   |
|---|------------------------------------|--|
| STATI DI NON<br>AUSOSUFFICIENZA<br>CONSOLIDATA/PERMANENTE | -                                  | Offerta Base: 3.000 (tremila) euro per Assicurato all'anno fino a 10 anni;<br>Offerta Top: 5.000 (cinquemila) euro per Assicurato all'anno fino a 10 anni. |

## SEZIONE 3: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

### 3.1. DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE "SPESE SANITARIE"

È possibile richiedere il rimborso delle spese sostenute tramite le modalità sottoindicate.

In caso di Sinistro l'Assicurato deve inviare a UniSalute la seguente documentazione cartacea:

- modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte (ALLEGATO A);
- la cartella clinica comprensiva di anamnesi e ogni altro documento necessario;
- copia della prescrizione medica o della documentazione medica (es: certificato P.S. in caso di infortunio) come normato nelle specifiche garanzie;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. 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.

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.

La suddetta documentazione può essere inviata alternativamente tramite:

- Servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo "**UniSalute – Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 – 40138 Bologna**".
- Servizio di posta elettronica all'indirizzo "[RimborsiUnisalute@unisalute.it](mailto:RimborsiUnisalute@unisalute.it)".

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.

L'Assicurato potrà contattare la Centrale Operativa di UniSalute al **numero verde gratuito 800-009953** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) per ricevere informazioni sulle garanzie previste dal piano sanitario e sullo stato delle richieste di rimborso.

All'interno dell'Area riservata accessibile dal sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) o in Unisalute Up (app che si può scaricare direttamente su App Store e Play-Store) è possibile visualizzare l'estratto conto con lo stato di lavorazione delle richieste di rimborso.

### 3.2. DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE "ASSISTENZA"

In caso di Sinistro l'Assicurato **deve**:

- **presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla erogazione delle 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.

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 dal contratto.

Se UniSalute non può erogare direttamente la prestazione di Assistenza prevista, la stessa rimborsa, quando previsto dalla garanzia, le spese sostenute dall'Assicurato per procurarsi autonomamente la prestazione precedentemente richiesta alla Struttura Organizzativa, **entro i limiti e i Massimali previsti dal contratto. In tal caso l'Assicurato deve produrre i documenti fiscali in copia a dimostrazione che ha effettivamente sostenuto la spesa.**

**UniSalute rimborsa esclusivamente le spese che l'Assicurato ha sostenuto solo se:**

- le spese sono state autorizzate dalla Struttura Organizzativa;
- lo stesso non ha potuto richiedere immediatamente la prestazione per cause di forza maggiore;
- le procedure da seguire per la sua attivazione impediscono ad UniSalute di pagarle direttamente al fornitore incaricato.

A tal fine la Struttura fornirà all'Assicurato tutte le indicazioni necessarie per l'istruzione della relativa pratica.

Per chiedere il rimborso delle spese, la suddetta documentazione può essere inviata alternativamente tramite:

- Servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo "**UniSalute – Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 – 40138 Bologna**";
- Servizio di posta elettronica all'indirizzo [RimborsiUnisalute@unisalute.it](mailto:RimborsiUnisalute@unisalute.it) .

L'Assicurato **deve fornire la documentazione richiesta e riportata nelle singole garanzie.**

Per la 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 della documentazione.

**Il pagamento all'Assicurato avviene a cura ultimata e dopo la consegna a UniSalute della documentazione richiesta.** 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 saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice civile.

### 3.3. NORME SPECIFICHE PER LA GARANZIA "STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DEL MODULO "SERVIZI PLUS"

#### Modalità di attivazione della garanzia

L'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, entro 14 (quattordici) giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, **dovrà**:

a) **chiamare il numero verde gratuito 800-009953** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) **e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre a 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 nell'articolo "Stati di non autosufficienza consolidata/permanente" al punto "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;
- 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 giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in Polizza, con le modalità di cui ai punti successivi "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.

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

L'Assicurato che si trovi in uno Stato di non autosufficienza accertato, ha la possibilità di accedere ad un servizio esclusivo gestito da Unisalute Servizi. Il servizio è attivabile dalla sezione "Care Manager" dell'App SiSalute Up, tramite la quale l'Assicurato, o chi per lui, può ottenere l'assistenza telefonica di un consulente specializzato nell'assistenza in ambito sanitario, che lo indirizzerà al servizio più idoneo in base ai propri bisogni fino al raggiungimento del massimale e nei limiti di quanto previsto al punto "Somma Assicurata" del presente articolo.

I Servizi SiSalute sono attivi per ciascun Assicurato che ne faccia uso tramite gli strumenti digitali (e/o centrale operativa) messi a disposizione da SiSalute.

L'Assicurato riceve da SiSalute, all'indirizzo di posta elettronica comunicato, le informazioni necessarie per accedere ai Servizi SiSalute, unitamente alla guida all'utilizzo degli strumenti digitali disponibili per fruire dei Servizi SiSalute.

Per assistenza è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 051 3542035, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste, UniSalute provvederà a rimborsargli esclusivamente la retta mensile nei limiti della somma prevista al successivo punto "Somma assicurata" del presente articolo fino ad esaurimento dello stesso.

#### **Modalità di rimborso / richiesta di erogazione di servizi**

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di UniSalute secondo le condizioni previste nell'articolo "STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE" al punto "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 - entro i limiti previsti nell'articolo "STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE" al punto "Somma assicurata" - 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 sanitarie convenzionate;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

### **Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali**

In caso di erogazione delle prestazioni avvalendosi di Strutture sanitarie convenzionate, 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 della Compagnia, 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.

### **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 a 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.

### **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.

### 3.4. PAGAMENTO DEL SINISTRO

**Relativamente ai Sinistri per cui è prevista la modalità rimborsuale**, UniSalute provvede al pagamento del Sinistro entro 30 (trenta) 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.

### 3.5. 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.

### 3.6. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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.

### 3.7. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le eventuali controversie che dovessero insorgere in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione della presente Assicurazione, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da 3 (tre) Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'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.** 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.

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

Ai sensi del 2. comma dell'articolo 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute ([www.unisalute.it](http://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.

## ALLEGATO A: MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO

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, paragrafo 2, lett. a), Regolamento (UE) n. 2016/679 – 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 specie, relativi alla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che **in mancanza di tale consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo**, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali (in specie, relativi alla salute), per finalità assicurative e liquidative.

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/Infortunati possedute

si  no

Compagnia \_\_\_\_\_



## INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI 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 PRIVACY

(di seguito, "Informativa Privacy")  
UNS\_Info\_Cont\_01 – 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:

- dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale);
- dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail);
- coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN);
- categorie particolari di dati<sup>7</sup> (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in eventuali questionari anamnestici, 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 soggetti<sup>8</sup> 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 Contratto**<sup>9</sup>: 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 servizio<sup>10</sup>, 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 Riservata<sup>11</sup>;
- (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 Vigilanza<sup>12</sup>;

<sup>7</sup> Ai sensi dell'articolo 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.

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> 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.

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione "privacy" del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

<sup>12</sup> 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

- **(F7) – 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).<br><br>d): nei soli casi in cui, per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, sia richiesta la compilazione di un questionario anamnestico. | Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente.<br><br>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.<br><br>Precisiamo che potremo trattare Dati rientranti in categorie particolari (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, e solamente dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento).   | Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremo 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.<br><br>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.<br><br>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 Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi.<br><br>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 Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.<br><br>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 <sup>13</sup> . |
| F3 | a); b); c); d)   | Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.   | 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   |

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.

<sup>13</sup> 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 giudiziaria).

|    |                 |   |  |
|----|-----------------|---|--|
|    |                 | 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.   | compromettere il perseguimento di tale finalità.<br><br>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.<br><br>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.<br><br>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.<br>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.<br>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); c); d)  | La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti.<br><br>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 Dati<sup>14</sup>;
- 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<sup>15</sup>;
- 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

<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito [www.unipol.com](http://www.unipol.com).

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 riguardano<sup>16</sup> 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.   |
| 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         | Per i termini prescrizione 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](mailto: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.

<sup>16</sup> 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).

## 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:

- e) dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale);
- f) dati di contatto (numero di telefono e indirizzo *e-mail*);
- g) coordinate bancarie (in particolare, l’IBAN);
- h) categorie particolari di dati<sup>17</sup> (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 soggetti<sup>18</sup> 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 Contratto<sup>19</sup>:** 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 servizio<sup>20</sup>, 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 Riservata<sup>21</sup>;
- **(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 Vigilanza<sup>22</sup>;

<sup>17</sup> 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.

<sup>18</sup> 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 consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

<sup>19</sup> 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.

<sup>20</sup> 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.

<sup>21</sup> L’informativa è messa a disposizione dell’interessato anche nella sezione “*privacy*” del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

<sup>22</sup> 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

- **(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 Unipol<sup>23</sup> 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);       | <p>Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente.</p> <p>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.</p>   | <p>Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.</p>  |
| F2 | a); b); c); d);   | <p>Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.</p> <p>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.</p> <p>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 Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi.</p> <p>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.</p> | <p>Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.</p> <p>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<sup>24</sup>.</p> |

segnalazioni di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di anticicliaggio 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.

<sup>23</sup> Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito [www.unipol.com](http://www.unipol.com).

<sup>24</sup> 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 giudiziarie).

|    |  |  |  |
|----|--|--|--|
| F3 | a); b); c); d)   | <p>Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.</p> <p>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.</p>   | <p>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.</p> <p>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.</p> |
| F4 | a); b); d)   | <p>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.</p> <p>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.</p> | <p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.</p> <p>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.</p>  |
| F5 | a); b); c); d);  | <p>La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati.</p> <p>Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata.</p> <p>Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.</p>   | <p>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.</p> <p>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.</p>  |
| F6 | a); b); c);  | <p>La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.</p>  | <p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.</p>  |
| F7 | a); b) – limitatamente ai Dati del solo Contraente.              | <p>La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso del Contraente.</p>   | <p>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.</p> <p>Resta ferma la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.</p>   |
| F8 | a); b) – limitatamente all'indirizzo e-mail del solo Contraente. | <p>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.</p>  | <p>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 e-mail: <a href="mailto:privacy@unisalute.it">privacy@unisalute.it</a>.</p>  |
| F9 | a); b); c); d)   | <p>La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti.</p> <p>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).</p>   | <p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.</p>  |

#### 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:

- IV. 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 Dati<sup>25</sup>;
- V. 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;
- VI. 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 riguardano<sup>26</sup> 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.   |
| 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 prescrizionali 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](mailto: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.

<sup>25</sup> 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.

<sup>26</sup> 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).

## 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. 193<sup>27</sup> (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”)<sup>28</sup> 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.

| 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                               |

<sup>27</sup> 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”.

<sup>28</sup> Per “persona fisica” è da intendersi l’Assicurando/Assicurato in qualità di soggetto portatore del rischio assicurato.

|                 |   |   |
|-----------------|---|---|
| <b>Leucemie</b> | Acute (linfoblastiche e mieloidi),<br>qualsiasi età | 5 |
|-----------------|---|---|

- ❖ In data **24 aprile 2024** è entrato in vigore il decreto attuativo del Ministero della Salute<sup>29</sup> contenente la tabella sotto riportata delle patologie oncologiche per le quali i **suddetti termini vengono ridotti**:
  
- ❖ 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.

<sup>29</sup> 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".

