



UNISALUTE AL TUO FIANCO - *Senior* **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**

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 -Senior”***

“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 Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046”

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa assicurazione offre una copertura per spese sanitarie e di assistenza, nei casi di Malattia e Infortunio, che abbiano determinato un ricovero o uno stato di inabilità temporanea. L'offerta risponde alle specifiche esigenze di copertura relative alla fase del ciclo di vita “Senior”.



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione, operante in caso di Malattia (e di Infortunio verificatasi durante l'operatività del contratto, che abbiano comportato un Ricovero o uno Stato di Inabilità Temporanea, permette all'Assicurato di ottenere il rimborso delle spese mediche sostenute.

- ✓ Spese sanitarie:
- Accertamenti diagnostici post ricovero: le spese mediche per Accertamenti diagnostici post Ricovero in Istituto di cura, Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche: le spese mediche per prestazioni psichiatriche o psicoterapeutiche;
- Cure termali: le spese per cure termali (escluse quelle di natura alberghiera).
- ✓ Assistenza: prestazioni di Assistenza e servizi di consulenza: sia in Italia che all'Estero (con possibilità di usufruire di ulteriori servizi accessori).

GARANZIE OPZIONALI

Garanzia Supplementare “SERVIZI PLUS”

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

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.



Che cosa non è assicurato?

- Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio (compreso il parto).
- Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo e/o tossicodipendenza.
- Non ci sono limiti di età.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale) e Franchigie (esprese in cifra fissa) e massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.
- ! Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):
 - le 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'art. “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 aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
 - gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
 - 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;
 - gli infortuni 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?

La copertura vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta a UniSalute in caso di trasferimento all'estero della residenza dell'Assicurato in quanto può incidere sulla valutazione del Rischio. Così anche nelle altre ipotesi di cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato.

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'art. 1898 del Codice Civile.

UniSalute presta le coperture sulla base delle dichiarazioni dell'assicurato di non essere affetto da alcuna delle patologie comportanti la non assicurabilità del soggetto.

Non sono previste dichiarazioni sulle circostanze del rischio né la compilazione del questionario sanitario.



Quando e come devo pagare?

UniSalute può concedere il pagamento frazionato del Premio annuale in rate semestrali, trimestrale, quadrimestrali e mensili (SEPA) senza applicazione di oneri aggiuntivi. Qualora il Contraente non paghi i Premi o le rate di Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto. Se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha durata annuale con effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Il contratto viene offerto con tacito rinnovo e in tal caso in assenza di disdetta si rinnova per un anno - e così successivamente - o senza tacito rinnovo, e in tal caso il contratto cessa automaticamente alla sua scadenza. Inoltre se è pattuito il tacito rinnovo e la Società comunica eventuali modifiche tariffarie intervenute, il mancato pagamento del nuovo premio comporta che il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.



Come posso disdire la polizza?

In caso di Sinistro non è possibile recedere dal contratto. Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, hai 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 almeno trenta giorni. Se la durata è uguale o inferiore, non potrai recedere in anticipo dal contratto e dovrai attendere la naturale scadenza. Se la durata è uguale o inferiore a 5 anni, non potrai recedere in anticipo dal contratto e dovrai 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: UniSalute Al Tuo Fianco - Senior

Data: 01/07/2024 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

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

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

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo 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 – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicuratrici: 1.00084. Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2022, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 241,1 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 102,2 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2022, è pari ad € 95,90 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 27,18 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 214,69 milioni e ad € 210,85 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,24 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

Al contratto si applica la legge italiana.



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?

GARANZIA SUPPLEMENTARE – “SERVIZI PLUS”

UniSalute, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza accertata, nel limite del Massimale assicurato, garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso della relativa retta.

 Che cosa NON è assicurato?	
Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI

 Ci sono limiti di copertura?
Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati i limiti contrattualmente indicati, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. OFFERTA BASE (GARANZIE SEMPRE OPERANTI) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST RICOVERO È previsto uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 per fattura per prestazioni effettuate presso Strutture Sanitarie Private e rimborso integrale dei Ticket nel caso di prestazioni erogate presso Strutture Sanitarie Pubbliche o convenzionate SSN. PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE È previsto uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 per fattura per prestazioni effettuate presso Strutture Sanitarie Private e rimborso integrale dei Ticket nel caso di prestazioni erogate presso Strutture Sanitarie Pubbliche o convenzionate SSN. CURE TERMALI È previsto uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 per fattura per prestazioni effettuate presso Strutture Sanitarie Private e rimborso integrale dei Ticket nel caso di prestazioni erogate presso Strutture Sanitarie Pubbliche o convenzionate SSN.

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: In caso di sinistro l'Assicurato può richiedere il rimborso delle spese sostenute tramite una delle seguenti modalità: • inviando a UniSalute la documentazione richiesta all'indirizzo di posta elettronica RimborsiUnisalute@unisalute.it • inviando a UniSalute documentazione cartacea, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO. La documentazione deve contenere il modulo di denuncia del sinistro, copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute, prescrizione contenente la patologia presunta o accertata, certificato di Pronto Soccorso (in caso di prestazioni extraricovero, dove previsto dalle singole garanzie) o copia della cartella clinica o scheda di dimissione ospedaliera (in caso di prestazioni di ricovero). I servizi di Assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-212477 tutti i giorni della settimana per tutto l'arco delle 24 ore. Per quanto concerne in particolare le prestazioni di Assistenza, UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti.
	Gestione da parte di altre imprese:

	La gestione dei Sinistri avvenuti all'estero relativi alla garanzia Servizi di assistenza è affidata a Unipol Assistance S.c.r.l. società non assicurativa, con sede in 10126 Torino Via Carlo Marengo, 25.
	Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Obblighi dell'impresa	UniSalute si impegna a pagare il Sinistro all'Assicurato entro 30 giorni da quando il medesimo è stato definito previo accordo o all'esito della procedura arbitrale, dietro presentazione della documentazione richiesta e salvo che non ricorra una delle esclusioni contrattualmente previste.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio, i massimali e le indennità sono soggetti ad adeguamento annuale in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI).
Rimborso	Non sono previste ipotesi di rimborso del premio a favore del Contraente.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il contratto prevede in relazione ad alcune delle prestazioni fornite un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun Indennizzo. La garanzia decorre dalle ore 24: - 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. Nel caso in cui la polizza sia stata emessa senza soluzione di continuità di altra emessa da UniSalute, le carenze sopracitate operano: - dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali risultanti da quest'ultima; - dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	

Disdetta del contratto	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Risoluzione	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 annuale successiva al loro manifestarsi. L'assicurazione esclusivamente nel caso sia comprensiva di garanzia supplementare "SERVIZI PLUS" può essere stipulata fino al raggiungimento del settantesimo anno di età dell'Assicurato e rinnovata fino all'ottantacinquesimo anno di età dell'Assicurato. Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età di 85 anni, limitatamente a questa persona, le prestazioni previste dall'Assicurazione cessano alla scadenza annuale successiva al compimento di detta età.



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 comportino 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 alla fase del ciclo di vita "Senior".



Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it, oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it. I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento. I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla

	stessa. I reclami indirizzati all'IVASS contengono: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esauritiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (<i>indicare quando obbligatori</i>):	
Mediazione	Interpellando tramite un avvocato di fiducia un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	- Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati 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 risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

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

UniSalute Al tuo Fianco - Senior

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01270/ 003 / 00000 / H - Ed. 01/07/2024

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

INDICE

GLOSSARIO	1
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	6
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	6
1.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	6
1.2 PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI	6
1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE.....	6
1.4. PROROGA DEL CONTRATTO, TACITO RINNOVO, NON RINNOVABILITÀ E REVISIONE DEL PREMIO ALLA SCADENZA.....	7
1.5 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO.....	7
QUANDO E COME DEVO PAGARE.....	8
1.6 PREMIO	8
1.7 PAGAMENTO FRAZIONATO DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE (OPERANTE SE INDICATO IN POLIZZA IL FRAZIONAMENTO MENSILE)	8
1.8 ADEGUAMENTO DEI MASSIMALI E DEL PREMIO	12
1.9 AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO.....	13
ALTRE NORME	13
1.10 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	13
1.11 ALTRE ASSICURAZIONI.....	13
1.12 ONERI FISCALI	13
1.13 FORO COMPETENTE	13
1.14 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	13
1.15. OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	13
1.16 LEGISLAZIONE APPLICABILE	14
1.17 REGIME FISCALE	14
1.18 RECLAMI	14
SEZIONE SPESE SANITARIE	16
COSA ASSICURA	16
2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	16
2.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST RICOVERO	16
2.3 PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE	16

2.4	CURE TERMALI	17
2.5	MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	17
	TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	18
	COME PERSONALIZZARE	20
	GARANZIA SUPPLEMENTARE – “SERVIZI PLUS”	20
2.6	STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	20
2.6.1	OGGETTO DELLA GARANZIA	20
2.6.2	REQUISITI DI ASSICURABILITÀ.....	20
2.6.3	MASSIMALE ASSICURATO.....	21
2.6.4	DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	21
2.6.5	MODALITA' DI ATTIVAZIONE DELLA GARANZIA.....	24
	SEZIONE ASSISTENZA.....	26
	COSA ASSICURA.....	26
3.1	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	26
3.2	SERVIZI DI CONSULENZA, SERVIZI DI ASSISTENZA E RECUPERO DELLE PERDITE PECUNIARIE	26
	ARTICOLI RIFERITI AD ENTRAMBE LE SEZIONI.....	31
	COME ASSICURA.....	31
4.1	PERSONE ASSICURATE.....	31
4.2	LIMITI DI ETÀ.....	31
	CHE COSA NON È ASSICURATO	31
4.3	PERSONE NON ASSICURABILI.....	31
4.4	ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	31
4.5	SERVIZI ACCESSORI.....	32
4.6	ESTENSIONE TERRITORIALE	33
	NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	34
5.1	DENUNCIA DEL SINISTRO.....	34
5.2	RICHIESTA DI RIMBORSO	34
5.3	PAGAMENTO DEL SINISTRO.....	35
5.4	DENUNCIA DEL SINISTRO PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE	35
5.4.1	RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DI UNISALUTE.....	35
5.4.2	MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI	37

5.4.3 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI	37
5.4.4 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA.....	37
5.4.5 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA.....	38
5.6 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	38
5.7 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	38
5.8 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	38
INFORMATIVA PRIVACY	41

GLOSSARIO

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Agenti

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

Anno

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

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione sottoscritto dal Contraente.

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

Care Manager (CM)

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

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

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

Contraente

Il soggetto che stipula la Polizza.

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.

Dipendenti e collaboratori

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

Documentazione sanitaria

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

FIN-NET

La rete per la risoluzione extragiudiziale delle Liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari nello Spazio economico europeo, istituita sulla base della Raccomandazione della Commissione europea 98/257/CE del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo.

Franchigia

La parte di danno determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è 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.

Intermediari

Le persone fisiche o le società iscritte nel Registro unico elettronico degli Intermediari assicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

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 cure di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

Lite transfrontaliera

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

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di 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.

Mediatore

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.

Medicinale

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

Pandemia

Manifestazione collettiva di una Malattia con tendenza a diffondersi rapidamente.

Periodi di carenza contrattuali

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

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'art. 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.

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'Impresa di Assicurazione, dell'eventuale Intermediario assicurativo, ad esempio il Contraente e l'Assicurato..

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'Impresa di Assicurazione, dell'eventuale Intermediario assicurativo o di un intermediario assicurativo o di un Intermediario iscritto nell'elenco annesso, relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

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.

Scoperto

Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario – avvenuta e fatturata durante l'operatività del contratto - per la quale è prestata l'Assicurazione, che comporta un'attività gestionale per UniSalute.

Stato di non autosufficienza consolidato

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

Unipol Assistance

Unipol Assistance S.c.r.l. è la Società multiservizi del Gruppo Unipol specializzata nei servizi di assistenza a tutte le categorie di veicoli, alla persona, all'abitazione e alle attività commerciali.

UniSalute

UniSalute S.p.A. è la Compagnia di Assicurazioni.

UniSalute Servizi

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

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

1.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha durata annuale con effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

1.2 PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

Fatto salvo quanto previsto all'Art. 1.1 "Effetto dell'Assicurazione", la garanzia decorre dalle ore 24:

- 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.

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra emessa da UniSalute riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

- dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali risultanti da quest'ultima;
- dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

1.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Il periodo assicurativo è stabilito nella durata di un Anno, salvo che l'Assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso coincide con la durata del contratto.

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio, per ciascuna Annualità Assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione.

1.4. PROROGA DEL CONTRATTO, TACITO RINNOVO, NON RINNOVABILITÀ E REVISIONE DEL PREMIO ALLA SCADENZA¹

Il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente se è stipulato con tacito rinnovo e in mancanza di disdetta comunicata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione. La disdetta deve essere inviata:

- con lettera raccomandata all'indirizzo: UniSalute S.p.a., Via Larga, 8, 40138 Bologna,
- mediante PEC (posta elettronica certificata all'indirizzo: unisalute@pec.unipol.it).

In caso di modifiche nella tariffazione dei rischi avvenute su un Contratto con tacito rinnovo, UniSalute comunica al Contraente le nuove condizioni di Premio almeno 30 giorni prima della scadenza del Contratto. Il pagamento del nuovo Premio da parte del Contraente comporta accettazione della modifica e il rinnovo del Contratto. Il mancato pagamento del Premio comporta la mancata accettazione della modifica e la cessazione del contratto per disdetta alla data di scadenza.

Il Contraente può esercitare il recesso in caso di stipula di contratto con durata superiore ai 5 anni. La facoltà di recesso può essere esercitata dopo i primi 5 anni di durata contrattuale, inviando la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione. Il Contraente non può recedere in anticipo dal contratto quando la durata del contratto è uguale o inferiore a 5 anni.

Quando l'Assicurazione è stipulata senza tacito rinnovo, il contratto cessa alla scadenza contrattuale prevista senza obbligo di disdetta.

Se il contratto ha una durata superiore ai 5 anni il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi 5 anni di durata contrattuale, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile; anche in tal caso la disdetta va comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.

Se la durata è uguale o inferiore, a 5 anni il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.

Quando è concordata la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza contrattuale, senza obbligo di disdetta.

1.5 DIRITTO DI RECESSO IN CASO DI SINISTRO

Le parti non hanno la facoltà di recedere dal contratto di Assicurazione a seguito della denuncia di Sinistro.

¹ **La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in polizza?**

Il contratto è stipulato "con tacita proroga", quindi la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore anno e così successivamente, fino a quando il Contraente non deciderà di dare disdetta con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di scadenza del contratto stesso.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

1.6 PREMIO^{2 3}

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

Qualora il Contraente non paghi i Premi o le rate di Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c.

1.7 PAGAMENTO FRAZIONATO DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE (OPERANTE SE INDICATO IN POLIZZA IL FRAZIONAMENTO MENSILE)

UniSalute si riserva di concedere al Contraente (e, una volta concessa, di revocare) la possibilità di frazionare il pagamento del Premio in 12 rate mensili, senza oneri di frazionamento, mediante addebito ricorrente.

Ove richiesto dal Contraente tale frazionamento e concesso dalla UniSalute, UniSalute e il Contraente convengono quanto di seguito specificato.

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

A.1 Strumenti di 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 si intende valida dal momento in cui il Contraente conferma la richiesta di addebito ricorrente e fino alla comunicazione ad UniSalute dell'eventuale revoca. Cessa automaticamente con la cessazione del contratto assicurativo.

A.2 Obblighi del Contraente

All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente deve:

- (i) se persona fisica, aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivare il profilo di Area Riservata, messa a disposizione del Contraente dalla Società sul proprio sito e mediante APP, fornendo il proprio indirizzo email 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);

² Cos'è il premio?

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

³ Quando deve essere pagato il Premio?

Il pagamento del Premio, sia per intero o in parte in caso di rateizzazione, è condizione necessaria affinché l'Assicurazione abbia una reale validità e decorrenza. Diversamente, il contratto, anche se sottoscritto, non potrà essere operante. Pertanto, se in Polizza è prevista una rata unica, il pagamento deve avvenire al momento della sottoscrizione; se il Premio è frazionato, al saldo di ogni rata, viene rilasciato un documento, la cosiddetta "quietanza", in cui si attesta l'avvenuto pagamento e la prosecuzione della copertura assicurativa.

- (ii) comunicare un metodo di pagamento ricorrente per la corresponsione del Premio del contratto assicurativo tra quelli previsti da UniSalute e indicati all'articolo A.1. che precede;
- (iii) provvedere al pagamento anticipato di una somma pari a un dodicesimo del Premio convenuto (o importo differente in caso di ratei) con una delle modalità consentite dalla Società, nonché
- (iv) obbligarsi a pagare il Premio residuo mediante rate mensili, con il metodo di pagamento ricorrente associato al contratto assicurativo.

Durante la validità del contratto assicurativo e per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, **il Contraente dovrà comunicare tempestivamente ad UniSalute eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie/Carte di Credito/Carte di Debito o revoche del servizio di addebito eventualmente disposte dallo stesso.** In ogni caso il Contraente può modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente sostituendolo con un altro tra quelli previsti da UniSalute e indicati all'articolo A.1, recandosi in Agenzia o direttamente dalla propria Area Riservata.

A.3 Comunicazioni contrattuali

UniSalute effettuerà le comunicazioni contrattuali e di servizio relativi al contratto assicurativo in modalità digitale (a titolo esemplificativo direttamente su Area Riservata e/o all'indirizzo di posta elettronica/ PEC o al numero di cellulare indicati al momento dell'emissione del contratto) e, pertanto, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni dei dati di contatto forniti recandosi in Agenzia o direttamente tramite la propria Area Riservata.

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

La richiesta di pagamento del Premio tramite metodo ricorrente da parte del Contraente autorizza UniSalute a inviare all'Istituto di Credito o Istituto di Moneta Elettronica, che ha emesso lo strumento di pagamento, gli ordini di addebito del Premio.

UniSalute provvederà ad addebitare al Contraente l'importo corrispondente alla rata mensile di Premio con le seguenti tempistiche:

- 5 giorni lavorativi prima della scadenza della rata mensile di Premio per addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.);
- 1 giorno lavorativo prima della scadenza della rata mensile di Premio per addebiti tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

UniSalute, salvo che non riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvederà a comunicare al Contraente la copertura delle garanzie previste in Polizza e a mettere a disposizione in Area Riservata la documentazione di quietanza relativa alla mensilità per la quale è stato pagato il Premio. Il contratto costituisce assolvimento dell'obbligo di prenotazione degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) da parte di UniSalute nei confronti del Contraente.

B.2 Mancato addebito

Nel caso in cui UniSalute riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvederà a comunicare al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa a partire dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello di scadenza della rata non pagata e non procederà all'addebito di eventuali altre rate successive.

Qualora si sia verificato il mancato pagamento di una rata di Premio:

- se il metodo di pagamento ricorrente fornito sia ancora valido, UniSalute proverà a effettuare ulteriori tentativi di addebito della rata insoluta, comunicando sempre al Contraente il loro esito;
- se il metodo di pagamento ricorrente fornito non sia più valido nel periodo di vigenza del contratto e ci siano rate di Premio insolte, il Contraente deve fornire un nuovo metodo di

pagamento ricorrente tra quelli indicati all'articolo A.1; in caso contrario la concessione del frazionamento mensile è revocata e il Contraente è tenuto a pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione, con conseguente modifica del frazionamento in annuale e concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse da UniSalute.

Se il Contraente fornisce un nuovo metodo di pagamento ricorrente, tale metodo si intende operante a partire dal tentativo di addebito successivo a quello non andato a buon fine.

Se tutti i tentativi di addebito della rata di Premio dovuta sono negativi, il Contraente dovrà provvedere al pagamento di quest'ultima rata insoluta concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse da UniSalute.

In ogni caso, qualora siano trascorsi 45 giorni dal mancato pagamento di una rata di Premio senza che il Contraente abbia regolarizzato la posizione, UniSalute comunicherà la revoca della concessione del frazionamento mensile e il Contraente sarà tenuto a pagare tutte le rate restanti in un'unica soluzione con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse da UniSalute.

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

Qualora il metodo di pagamento del contratto assicurativo sia SEPA Direct Debit (S.D.D.) e il titolare del metodo di pagamento si avvalga del diritto al rimborso di uno o più addebiti previsto dal SEPA Direct Debit Scheme Rulebook, il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate rimborsate e fornire un nuovo metodo di pagamento qualora quello fornito non sia più valido.

C. Rinnovo del contratto

Se il contratto assicurativo è stipulato senza tacito rinnovo, il Contraente che alla scadenza intende rinnovarlo - sempreché UniSalute mantenga la disponibilità al frazionamento del Premio in 12 rate mensili, senza oneri e con pagamento con addebito ricorrente - dovrà accettare le condizioni di rinnovo entro 8 giorni lavorativi antecedenti la scadenza del contratto, per consentire la prosecuzione dell'addebito ricorrente senza soluzione di continuità. Nel caso in cui il metodo di pagamento ricorrente associato sia una Carta di Credito o una Carta di Debito, il predetto termine utile per l'accettazione delle condizioni di rinnovo è ridotto a 2 giorni lavorativi.

Se l'accettazione delle condizioni di rinnovo avviene dopo tali termini, il Contraente dovrà provvedere al pagamento della prima rata concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse da UniSalute, mentre l'addebito ricorrente riprenderà per le rate successive.

Se il contratto assicurativo è stipulato con tacito rinnovo:

- il Contraente, prima del pagamento del Premio di rinnovo, è tenuto a corrispondere l'importo delle rate mensili eventualmente non pagate;
- qualora intervengano modifiche nella tariffazione dei Rischi oggetto del contratto e UniSalute abbia messo a disposizione del Contraente le nuove condizioni di Premio attraverso apposita comunicazione almeno 30 giorni prima della scadenza, ai sensi dell'Art.1.4 "Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza", non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza, il Contraente che non intenda accettare il nuovo Premio, dovrà prendere contatto con la propria Agenzia entro il termine di scadenza della Polizza per richiedere l'interruzione dell'addebito automatico delle rate di Polizza. Nel caso in cui, non venga riattivato l'automatismo di addebito automatico o pagata la rata di rinnovo, UniSalute rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza;
- UniSalute revoca la concessione del frazionamento mensile se in relazione al Contraente vengano meno al momento del rinnovo uno o più dei requisiti di cui all'articolo A.2, comma (i), con conseguente obbligo di pagare il Premio di rinnovo in un'unica soluzione, concordando con UniSalute una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse e attivate presso l'Agenzia.

D. Modifica del frazionamento in corso di contratto

Durante la validità del contratto assicurativo UniSalute provvede alla revoca della concessione del frazionamento mensile, con conseguente obbligo di pagare le rate mensili residue in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse e attivate presso l'Agenzia, nei seguenti casi:

- cessione del contratto, in presenza di consenso di UniSalute;
- in relazione al Contraente, qualora vengano meno i requisiti di cui all'articolo A.2, comma (i);
- qualora il Contraente, richieda che le comunicazioni contrattuali avvengano su supporto cartaceo, e ciò a causa dell'aggravio dei costi gestionali che ne derivano per la Società e che le impediscono di mantenere il beneficio del frazionamento mensile del Premio essendo senza oneri per il Contraente.

1.8 ADEGUAMENTO DEI MASSIMALI E DEL PREMIO

Il Premio è stabilito sulla base della formulazione di pacchetto scelto dall'Assicurato all'atto di stipulazione del contratto.

Il Premio, i Massimali e gli Indennizzi sono soggetti ad adeguamento annuale in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI). L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a confronto l'indice riportato in Polizza, con quello del mese di Giugno dell'Anno successivo.

Gli aumenti o le riduzioni sono applicabili a decorrere dalla prima scadenza annuale di premio successiva al 31 Dicembre dell'Anno in cui si è verificata la variazione.

Ai successivi adeguamenti si procede analogamente, utilizzando come base l'ultimo indice che ha dato luogo a variazioni.

Qualora in conseguenza ad uno o più adeguamenti, le somme assicurate ed il Premio vengano a superare il 100% degli importi inizialmente previsti, non si darà luogo ad alcun adeguamento.

Eventuali modifiche del Premio non derivanti dall'indicizzazione verranno apportate solamente alla scadenza contrattuale previa comunicazione scritta all'Assicurato.

È facoltà dell'Assicurato disdire il contratto con le modalità indicate all'articolo 1.4 **“Proroga del Contratto, Tacito Rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza”** entro 30 giorni dalla data di ricevimento della suddetta comunicazione.

Si veda anche quanto previsto nell'articolo **“Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazioni della professione”**.

CHE OBBLIGHI HO

1.9 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta a UniSalute in caso di trasferimento all'estero della residenza dell'Assicurato in quanto può incidere sulla valutazione del 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'art. 1898 del Codice Civile.

ALTRE NORME

1.10 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza **debbono essere provate per iscritto.**

1.11 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre Polizze da lui stipulate per il medesimo Rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato, in caso di Sinistro, di darne avviso a tutti gli assicuratori per iscritto, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

1.12 ONERI FISCALI

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

1.13 FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

1.14 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

1.15. OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso,

UniSalute invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

1.16 LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana (quando il rischio è ubicato in Italia).

1.17 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 stipulazione della polizza.

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) rimborso spese sanitarie: 2,5%
- b) assistenza: 10%
- c) perdite pecuniarie 21,25

1.18 RECLAMI

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi Dipendenti e Collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it**.

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi Dipendenti e Collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta nel Reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del Contraente di Polizza.

I reclami relativi al comportamento degli Intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al Reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del Reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il Reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I Reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e di UniSalute, contengono:

- a. nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b. individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c. breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d. copia del reclamo presentato a UniSalute o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei Reclami sono riportate anche sul sito internet di UniSalute: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della Lite transfrontaliera di cui sia parte, il Reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet <https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti alle controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoiazione assistita ai sensi del Decreto-legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti all'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

SEZIONE SPESE SANITARIE

COSA ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO

2.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE⁴

L'Assicurazione è operante in caso di **Malattia o Infortunio** che abbiano determinato un **Ricovero o uno stato di Inabilità temporanea avvenuti durante l'operatività del contratto**, in relazione alle spese sostenute dall'Assicurato per:

- Accertamenti diagnostici post ricovero
- Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche
- Cure Termali

2.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST RICOVERO

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

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 previsto dal pacchetto scelto ed indicato in Polizza:

- Pacchetto Senior Base: € 1.000,00 per annualità assicurativa e per Assicurato;
- Pacchetto Senior Top: € 2.000,00 per annualità assicurativa e per Assicurato.

2.3 PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE

UniSalute provvede al pagamento delle spese 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 previsto dal pacchetto scelto ed indicato in Polizza:

⁴ Come posso personalizzare la mia copertura assicurativa?

È possibile scegliere alternativamente tra due formulazioni di offerta diverse; Il pacchetto "Base" ed il pacchetto "Top". In quest'ultima i massimali delle garanzie sono raddoppiati rispetto alla prima formulazione.

- Pacchetto Senior Base: € 500,00 per annualità assicurativa e per Assicurato;
- Pacchetto Senior Top: € 1.000,00 per annualità assicurativa e per Assicurato.

2.4 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 previsto dal pacchetto scelto ed indicato in Polizza:

- Pacchetto Senior Base: € 500,00 per annualità assicurativa e per Assicurato;
- Pacchetto Senior Top: € 1.000,00 per annualità assicurativa e per Assicurato.

2.5 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute provvede ad erogare le prestazioni nei limiti previsti con le modalità sottoindicate:

- **Accertamenti post ricovero**
 - rimborso delle spese sostenute per prestazioni eseguite presso Strutture Sanitarie Private con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 per fattura;
 - rimborso integrale dei ticket sanitari pagati per prestazioni eseguite presso Strutture Sanitarie Pubbliche o Convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale.
- **Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche**
 - rimborso delle spese sostenute per prestazioni eseguite presso Strutture Sanitarie Private con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 per fattura;
 - rimborso integrale dei ticket sanitari pagati per prestazioni eseguite presso Strutture Sanitarie Pubbliche o Convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale.
- **Cure termali**
 - rimborso delle spese sostenute per prestazioni eseguite presso Strutture Sanitarie Private con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 per fattura;
 - rimborso integrale dei ticket sanitari pagati per prestazioni eseguite presso Strutture Sanitarie Pubbliche o Convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in Strutture Sanitarie Private	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti
ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI POST RICOVERO	2.2	scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 per fattura	Rimborso integrale dei Ticket	Pacchetto Senior Base: € 1.000,00 per Annualità assicurativa per Assicurato; Pacchetto Senior Top: € 2.000,00 per Annualità assicurativa per Assicurato.
PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE	2.3	scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 per fattura	Rimborso integrale dei Ticket	Pacchetto Senior Base: € 500,00 per Annualità assicurativa per Assicurato; Pacchetto Senior Top: € 1.000,00 per Annualità assicurativa per Assicurato.
CURE TERMALI	2.4	scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60 per fattura	Rimborso integrale dei Ticket	Pacchetto Senior Base: € 500,00 per Annualità assicurativa per Assicurato; Pacchetto Senior Top: € 1.000,00 per Annualità assicurativa per Assicurato.

				assicurativa per Assicurato.
--	--	--	--	-------------------------------------

COME PERSONALIZZARE

GARANZIA SUPPLEMENTARE – “SERVIZI PLUS”

(Operante solo se richiamata in Polizza)

2.6 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

2.6.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

UniSalute, nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza consolidata/permanente copre, attraverso la propria rete di strutture convenzionate, le spese per le prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali o, in caso di permanenza in RSA, una retta mensile forfettaria.

2.6.2 REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

La garanzia è operante se l'Assicurato al momento della sottoscrizione della Polizza non abbia:

1. 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. richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. 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. tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

2.6.3 MASSIMALE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 2.6.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", sono previsti alternativamente, in base alla formulazione scelta, i seguenti Massimali:

- Pacchetto Senior Base: € 3.000,00 all'anno per Assicurato fino a 10 anni;
- Pacchetto Senior Top: € 5.000,00 all'anno per Assicurato fino a 10 anni.

2.6.4 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

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

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 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

10

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

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

0

2° grado

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

5

3° grado

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

10

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare in bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno

0

2° grado

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

5

3° grado

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

10

SPOSTARSI

PUNTEGGIO

1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente

all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi

0

5

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

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

2.6.5 MODALITA' DI ATTIVAZIONE DELLA GARANZIA

L'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di Polizza (art. 2.6.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza"), dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde 800-009953 (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del Massimale previsto all'art. 2.6.3 "Massimale assicurato" e previa valutazione di UniSalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

UniSalute intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso.

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno o il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo 5.4.1 "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della società". Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della Documentazione sanitaria pervenuta, UniSalute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio medico ed eventualmente del personale liquidativo.

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 all'articolo 2.6.3 "Massimale assicurato".

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 forfettaria nei limiti del Massimale previsto all'art. 2.6.3 "Massimale assicurato" fino ad esaurimento dello stesso.

SEZIONE ASSISTENZA

COSA ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO

3.1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante **in caso di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero o uno stato di Inabilità Temporanea avvenuti durante l'operatività del contratto**, in relazione ai servizi di consulenza, assistenza e recupero delle perdite pecuniarie di seguito riportati.

3.2 SERVIZI DI CONSULENZA, SERVIZI DI ASSISTENZA E RECUPERO DELLE PERDITE PECUNIARIE

In Italia

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.

a) 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 Assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-212477 tutti i giorni della settimana per tutto l'arco delle 24 ore. Per quanto concerne in particolare le prestazioni di Assistenza, UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti

b) Invio di un medico

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

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

c) Rientro dal Ricovero di primo soccorso

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

d) 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.

e) Assistenza domiciliare infermieristica e fisioterapica

Qualora l'Assicurato 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 30 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 nei limiti del Massimale assicurato in base al pacchetto scelto ed indicato in polizza:

- Pacchetto Senior Base: € 500,00 per annualità assicurativa e per Assicurato;
- Pacchetto Senior Top: € 1.000,00 per annualità assicurativa e per Assicurato.

f) 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 nei limiti del Massimale assicurato in base al pacchetto scelto ed indicato in polizza:

- Pacchetto Senior Base: € 250,00 per annualità assicurativa e per Assicurato;
- Pacchetto Senior Top: € 500,00 per annualità assicurativa e per Assicurato.

g) Invio dei farmaci a domicilio

Qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dalla propria abitazione in quanto, a seguito di 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 nei limiti del Massimale assicurato in base al pacchetto scelto ed indicato in polizza:

- Pacchetto Senior Base: € 200,00 per annualità assicurativa e per Assicurato;
- Pacchetto Senior Top: € 400,00 per annualità assicurativa e per Assicurato.

h) 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 nei limiti del Massimale assicurato in base al pacchetto scelto ed indicato in polizza:

- Pacchetto Senior Base: € 80,00 al giorno per massimo 10 giorni per Assicurato senza vincoli di continuità;
- Pacchetto Senior Top: € 80,00 al giorno per massimo 20 giorni per Assicurati senza vincoli di continuità.

i) 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 nei limiti del Massimale assicurato in base al pacchetto scelto ed indicato in polizza:

- Pacchetto Senior Base: € 500,00 per annualità assicurativa e per Assicurato;
- Pacchetto Senior Top: € 1.000,00 per annualità assicurativa e per Assicurato.

All'estero

In collaborazione con Unipol Assistance S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

j) 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 nei limiti del Massimale assicurato in base al pacchetto scelto ed indicato in polizza:

- Pacchetto Senior Base: € 100,00 per annualità assicurativa e per Assicurato;
- Pacchetto Senior Top: € 200,00 per annualità assicurativa e per Assicurato.

k) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

Si intendono esclusi i farmaci salvavita.

Il costo del farmaco rimane a carico dell'Assicurato.

Le prestazioni sono garantite nei limiti del Massimale assicurato in base al pacchetto scelto ed indicato in polizza:

- Pacchetto Senior Base: € 200,00 per annualità assicurativa e per Assicurato;
- Pacchetto Senior Top: € 400,00 per annualità assicurativa e per Assicurato.

l) 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 nei limiti del Massimale assicurato in base al pacchetto scelto ed indicato in polizza:

- Pacchetto Senior Base: € 250,00 per annualità assicurativa e per Assicurato;
- Pacchetto Senior Top: € 500,00 per annualità assicurativa e per Assicurato.

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.

ARTICOLI RIFERITI AD ENTRAMBE LE SEZIONI

COME ASSICURA

4.1 PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è prestata a favore del titolare che abbia sottoscritto il contratto o dalle persone individuati dal medesimo in Polizza.

4.2 LIMITI DI ETÀ

L'Assicurazione esclusivamente nel caso sia comprensiva di garanzia supplementare "SERVIZI PLUS" può essere stipulata fino al raggiungimento del settantesimo anno di età dell'Assicurato e rinnovata fino all'ottantacinquesimo anno di età dell'Assicurato.

Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età di 85 anni, limitatamente a questa persona, le prestazioni previste dall'Assicurazione cessano alla scadenza annuale successiva al compimento di detta età.

CHE COSA NON È ASSICURATO

4.3 PERSONE NON ASSICURABILI

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

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

4.4 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante 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'art. 2.3 "Consulenza psicologica terapeutica;
- 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) 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.
- 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 a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- m) le conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

4.5 SERVIZI ACCESSORI

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 la garanzia opzionale 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.

DOVE VALE LA COPERTURA?

4.6 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

5.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

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 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.

5.2 RICHIESTA DI RIMBORSO

È possibile richiedere il rimborso delle spese sostenute tramite una delle seguenti modalità:

- ✓ inviando a UniSalute la documentazione richiesta all'indirizzo di posta elettronica RimborsiUnisalute@unisalute.it;
- ✓ inviando a UniSalute documentazione cartacea, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo: **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 - 40138 Bologna BO.**

La documentazione necessaria è la seguente:

- modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- 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.

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 della predetta documentazione.**

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà 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'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di

Polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

5.3 PAGAMENTO DEL SINISTRO

UniSalute provvede al pagamento del Sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra UniSalute e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "Controversie e Arbitrato Irrituale", a condizione che non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni del contratto e previa presentazione a UniSalute di tutti i documenti dalla stessa richiesti, indicati all'Art. "Richiesta di rimborso" .

5.4 DENUNCIA DEL SINISTRO PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

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

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

- a) chiamare il **numero verde gratuito 800-009953** (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 all'art. 2.6.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di Ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 2.6.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il Ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

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

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

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

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

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

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che 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 agli articoli 5.4.3 "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.

5.4.2 MODALITÀ DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di UniSalute secondo le condizioni dell'articolo 2.6.4 "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 all'articolo "Massimale assicurato" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" e "Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in rsa":

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

5.4.3 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO ASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni avvalendosi di strutture e/o di personale convenzionati con UniSalute, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'Assicurato opti per il pagamento diretto da parte 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.

5.4.4 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.

5.4.5 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.

5.6 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

La documentazione di spesa ricevuta da UniSalute in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – **qualora UniSalute dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali** – **si restituisce all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.**

UniSalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti documenti in caso di richiesta da parte dell'Assicurato alla Centrale Operativa:

1. **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;
2. **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.

5.7 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

5.8 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

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

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

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

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

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

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

Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

Modulo denuncia di sinistro richiesta di rimborso

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

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

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in particolare, sulla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo **che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non potrà dare esecuzione al contratto assicurativo**, che comporta necessariamente il trattamento di categorie particolari di dati personali relativi alla salute (per la liquidazione di eventuali sinistri o rimborsi).

Luogo e data	Nome e cognome
	e C.F.
	del titolare di polizza o del familiare (in stampatello)
	Firma dell'interessato

POLIZZA NUMERO

CONTRAENTE: Cognome

Nome

ASSICURATO PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO:

Cognome

Nome

Nato/a

il

Codice Fiscale

Residente in via

N°

CAP

Località/Comune

Prov

Domicilio
(se diverso da residenza)

CAP

Località/comune

Prov

N° tel.

Tel cell.

E-mail

Si allega la copia delle seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

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

Altre polizze Malattia/Infortuni possedute: SI ☐ NO ☐ Compagnia _____

Ai fini del rimborso diretto l'Assicurato notifica le coordinate bancarie del conto di cui deve essere l'intestatario o cointestatario
c/c intestato a: _____

Banca/Posta _____

Codice IBAN

| |

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva a UniSalute

Data _____

Firma dell'Assicurato

Da compilare e inviare in busta chiusa a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO - 40131 Bologna BO

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa sul trattamento dati personali (di seguito, l'“*Informativa Privacy*”)

UNS_Info_Cont_06 – Ed. 08.08.2023

Gentile Cliente, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, anche, il “**Regolamento**”), La informiamo che, per fornirLe i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, di cui possono eventualmente beneficiare anche i Suoi familiari assicurati, UniSalute S.p.A. (di seguito, “**UniSalute**”) ha la necessità di utilizzare alcuni dati riferibili a Lei e/o ai Suoi familiari e conviventi, per le finalità e nei termini di seguito indicati. Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente, agli eventuali altri soggetti cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (ad es., gli altri soggetti assicurati).

Titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it) con sede in Via Larga, n. 8 - 40138 Bologna (BO).

QUALI DATI RACCOGLIAMO.

1. Per finalità assicurative.

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica, IBAN: di seguito, anche, i “**Dati**” o i “**Dati personali**”), che Lei stesso o altri soggetti⁵ ci fornisce, indispensabili per erogare in Suo favore i servizi e/o i prodotti assicurativi.

In particolare, il trattamento dei Dati avviene al fine di consentire il perfezionamento e la gestione del contratto assicurativo⁶. La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte e, per quanto concerne i Dati riferibili a terzi (familiari e/o conviventi), nel legittimo interesse a dare esecuzione ad un contratto con terzi (in specie, il contraente della polizza). Il trattamento dei Dati avviene, altresì, al fine e sulla base di obblighi normativi (fra gli altri, stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁷).

Saranno altresì oggetto di trattamento alcune categorie particolari di dati personali⁸ (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'Area Riservata) per dar seguito alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti. La base giuridica per il trattamento di queste categorie di dati consiste nel Suo (e/o degli eventuali altri familiari assicurati) libero consenso. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso Suo e/o degli altri eventuali interessati⁹.

I Dati potranno essere trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) o per lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità, nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Dati potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo¹⁰. La base giuridica, in tali casi, consiste nel legittimo interesse di UniSalute e delle altre società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento delle suddette finalità; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

⁵ Ad esempio, 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 tue 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; eventuali soggetti muniti di delega.

⁶ Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; 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; per attività statistico-tarifarie.

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

⁸ 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, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. Ai sensi dell'art. 4 punto 1) del Regolamento i dati personali (non appartenenti a categorie particolari) sono costituiti da qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione o un identificativo online.

⁹ Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria). Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

¹⁰ Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.

Se deciderà di registrarsi all'area riservata (di seguito, l'“**Area Riservata**”) del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (di seguito, l'“**APP**”), utilizzeremo i Dati anche per identificarLa come nostro assicurato, per fornirLe i servizi previsti dalla Sua polizza e per inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite.

Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe (e per permettere ai Suoi familiari eventualmente assicurati) di ottenere i servizi online tramite l'Area Riservata, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tali finalità.

I Dati saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

2. Per finalità di invio di comunicazioni commerciali riguardanti prodotti e/o servizi analoghi.

I Dati del solo contraente (entro i limiti di quanto strettamente necessario, esclusi, in ogni caso, dati relativi alla salute) potranno essere altresì trattati per inviare comunicazioni commerciali inerenti a prodotti e/o servizi analoghi a quelli già previamente acquistati, all'indirizzo di posta elettronica fornito dal contraente medesimo durante la fase di acquisto. La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute allo svolgimento di attività di marketing diretto, come previsto dall'art. 130, comma 4, del D. Lgs. 196/2003.

Il conferimento dei Dati è libero e facoltativo; il mancato conferimento non pregiudica l'erogazione dei servizi assicurativi richiesti.

Le ricordiamo inoltre che può sempre opporsi all'invio di queste comunicazioni mediante il link *unsubscribe* presente in ogni comunicazione o scrivendo all'indirizzo e-mail: privacy@unisalute.it.

I Dati saranno conservati per la durata del rapporto contrattuale ovvero sino alla Sua opposizione.

CONDIVISIONE DEI DATI

Ciascun beneficiario della polizza potrà registrarsi individualmente all'Area Riservata del nostro sito internet e/o scaricare la nostra APP per dispositivi mobili, qualora previste dal proprio Piano Sanitario. Al momento della registrazione, sarà possibile scegliere se condividere con i propri familiari, appartenenti al nucleo familiare assicurato, i propri dati personali, anche rientranti in categorie particolari⁴, presenti all'interno dell'Area Riservata, oppure gestire in autonomia la propria posizione. Ulteriori informazioni sulla condivisione dei dati saranno fornite con un'apposita informativa al momento della registrazione.

COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I Dati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti dal solo personale autorizzato, entro i limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle mansioni cui risulta preposto. I Dati potranno, altresì, essere resi accessibili a soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa e che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto¹¹. Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UniSalute, del Gruppo Unipol¹².

I Dati potranno altresì essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano¹³ 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 indispensabili per il perseguimento da parte della nostra società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

QUALI SONO I TUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che la riguardano, di richiedere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, la portabilità dei dati che ci ha fornito, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), di opporsi al trattamento per

¹¹ 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.

¹² Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.

¹³ In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario alle finalità indicate, da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da 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 o anche fuori della UE, 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; autotifine; 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); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni. L'eventuale trasferimento dei tuoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento e ai provvedimenti del Garante Privacy.

motivi legati alla Sua situazione particolare, nonché, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, di revocarlo senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.

Le ricordiamo che può sempre revocare il consenso prestato; la revoca non pregiudica la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.

Il “Responsabile per la protezione dei dati” è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento relativo al trattamento dei Dati, nonché per l’esercizio dei tuoi diritti in materia: a tale scopo potrà contattarlo presso l’indicata sede di UniSalute, al recapito privacy@unisalute.it.

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all’Autorità Garante per la protezione dei dati personali, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi Dati Personali e dei Suoi diritti.

