



PIANO SANITARIO

UniSalute Sportivo

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Versione del 20/09/2021

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

INDICE

GLOSSARIO	1
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	5
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	5
1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	5
2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI	5
3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE	5
4. DIRITTO DI RIPENSAMENTO	5
5. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	5
5BIS. INCLUSIONI / ESCLUSIONI	6
QUANDO E COME DEVO PAGARE	6
6. PREMIO	6
6.1 PREMIO	6
7. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE	6
CHE OBBLIGHI HO	7
8. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	7
ALTRE NORME	7
9. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	7
10. ALTRE ASSICURAZIONI	7
11. ONERI FISCALI	7
12. FORO COMPETENTE	7
13. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	7
14. OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	7
15. LEGISLAZIONE APPLICABILE	8
16. REGIME FISCALE	8
17. RECLAMI	8
SEZIONE INFORTUNIO	9
COSA ASSICURA	9
18. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	9
19. RICOVERO PER INFORTUNIO DELLA DURATA DI ALMENO 10 GIORNI	10

19.1	RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO	10
19.2	TRASPORTO SANITARIO	11
19.3	MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	11
19.4	MASSIMALE ASSICURATO	11
20.	INDENNITA' GIORNALIERA A SEGUITO DI RICOVERO CONSEGUENTE A INFORTUNIO	11
	TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	12
	COSA ASSICURA	13
21.	OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	13
22.	TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO	13
23.	VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA	14
24.	VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE	14
	TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	15
	CHE COSA NON E' ASSICURATO	16
25.	PERSONE NON ASSICURABILI	16
26.	ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	16
	COME ASSICURA	17
27.	PERSONE ASSICURATE	17
28.	LIMITI DI ETÀ	18
29.	PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE	18
30.	SERVIZI DI CONSULENZA	18
	DOVE VALE LA COPERTURA?	19
31.	ESTENSIONE TERRITORIALE	19
	NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	19
32.	DENUNCIA DEL SINISTRO	19
33.	SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	19
34.	SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	20
35.	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	20
36.	PAGAMENTO DEL SINISTRO	21
37.	GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	21
38.	PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	22
39.	CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	22
	INFORMATIVA PRIVACY	23

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

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.

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

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

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

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

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Cure a carattere sperimentale

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

Difetto fisico

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

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e 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 somma 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.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Istituto di Cura

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

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, 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 la Società si impegna a prestare nei confronti delle persone assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

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.

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica

Pandemia

Manifestazione collettiva d'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.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

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, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

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.

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 per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

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

Terapie mediche

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

Termini di aspettativa

Periodo contrattuale per il quale non è garantita la copertura sanitaria per la malattia.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Versione del 20/09/2021

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio è stato pagato, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

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 1° giorno del VI anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV.

3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale ed è stipulato senza clausola di tacito rinnovo.

Si precisa che non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 2° comma c.c.

In mancanza di sottoscrizione di un nuovo contratto, la copertura assicurativa cessa alle ore 24 del giorno indicato come scadenza contrattuale.

4. DIRITTO DI RIPENSAMENTO

Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente ha diritto di ripensamento e di ricevere in restituzione il premio pagato al netto delle tasse. il Contraente dovrà comunicare alla Compagnia la sua decisione di recedere dal contratto tramite lettera raccomandata inviata all'indirizzo: UniSalute S.p.A. – **Ufficio Back Office Commerciale** - Via Larga, 8, 40138 Bologna.

5. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per l'assicurato avrà **effetto dalle ore 24.00 della data indicata nel certificato di polizza.**

5BIS. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Il Contraente potrà assicurare i familiari intesi come coniuge/convivente e figli risultanti dallo suo stato di famiglia. L'inclusione dovrà essere effettuata al momento della sottoscrizione del contratto.

In caso di "fuoriuscita" dallo stato di famiglia, di uno dei familiari, nel corso dell'annualità assicurativa, il titolare e gli eventuali familiari assicurati verranno mantenuti in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

6. PREMIO

Il premio deve essere pagato in via anticipata per l'intera annualità assicurativa alla Direzione della Società, esclusivamente con carta di credito.

6.1 PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

Assicurato € 250,000

Il pagamento è totalmente sicuro perché gestito tramite un protocollo di criptaggio dei dati certificato secondo gli standard più avanzati (SSL 3.1).

Non è previsto il pagamento frazionato del premio annuale.

Il premio è comprensivo degli oneri fiscali.

7. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Il premio e le somme assicurate non prevedono alcun adeguamento in seguito all'aumento dell'indice ISTAT del costo della vita.

CHE OBBLIGHI HO

8. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente e/o dell'Assicurato rese in sede di stipula del contratto, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

ALTRE NORME

9. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

10. 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 di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c. .**

11. 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.

12. FORO COMPETENTE

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

13. 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.

14. 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,

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

15. LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

16. 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 è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%

17. RECLAMI

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, 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.

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, 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 alla Società 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 della Società: www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

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 http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm 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 le 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 negoziazione 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 Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

In relazione alle controversie inerenti l'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 INFORTUNIO

COSA ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE IN CASO DI RICOVERO PER INFORTUNIO

18. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- Ricovero per infortunio della durata di almeno 10 giorni;
- Indennità giornaliera a seguito di ricovero conseguente a infortunio.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate nella sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI", a:

a) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

b) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

19. RICOVERO PER INFORTUNIO DELLA DURATA DI ALMENO 10 GIORNI

19.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al rimborso delle spese sostenute a seguito di ricovero conseguente ad infortunio di durata di almeno 10 giorni per le seguenti prestazioni:

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate dalla Società con il massimo di 2.500 euro per ricovero.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso **di ricovero in istituto di cura non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di €. 200,00 al giorno.**

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

Nel caso **di ricovero in Istituto di cura non convenzionato** con la Società, la garanzia è prestata nel **limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.**

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e **infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura),**

trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), **effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dall'infortunio che ha determinato il ricovero**; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. **Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.**

19.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, **con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di €. 1.000,00 per ricovero.**

19.3 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato, **ad eccezione delle seguenti:**

punto "Ricovero in Istituto di cura":

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

19.4 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a €. 5.000,00.

20. INDENNITA' GIORNALIERA A SEGUITO DI RICOVERO CONSEGUENTE A INFORTUNIO

In caso di ricovero in istituto di cura, conseguente a infortunio, l'Assicurato avrà diritto a **un'indennità di €. 100,00 per ogni giorno di ricovero per un massimo di 10 giorni, per ogni ricovero.**

Tale indennità è da considerarsi aggiuntiva a quanto previsto al punto precedente.

La garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti
					Massimale
RICOVERO DELLA DURATA DI ALMENO 10 GIORNI IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO	19	Garanzia prevista solo in centri non convenzionati	Rimborso integrale delle spese	Rimborso integrale delle spese	Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie pari a € 5.000,00.
Garanzie con sottolimiti:					
<u>Rette di degenza</u>	19.1 Lett. d)	Garanzia prevista solo in centri non convenzionati	Sottolimito di € 200,00 al giorno.	Rimborso integrale delle spese	
<u>Accompagnatore</u>	19.1 Lett. e)	Garanzia prevista solo in centri non convenzionati	Sottolimito di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero	Rimborso integrale delle spese	
<u>Assistenza infermieristica privata individuale</u>	19.1 Lett. f)	Garanzia prevista solo in centri non convenzionati	Sottolimito di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero	Rimborso integrale delle spese	
<u>TRASPORTO SANITARIO</u>	19.2	Garanzia prevista solo in centri non convenzionati	Sottolimito di € 1.000,00 per anno assicurativo e per ricovero.	Garanzia prevista solo in centri non convenzionati	
<u>INDENNITÀ GIORNALIERA A SEGUITO DI RICOVERO CONSEQUENTE A INFORTUNIO</u>	20	Garanzia prevista solo in SSN o in centri non convenzionati	Importo giornaliero di €. 100,00 fino a 10 giorni per ricovero		

COSA ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO IN ASSENZA DI RICOVERO

21. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

- Trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio;
- Visita medico sportiva agonistica;
- Video consulto per visite specialistiche

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate nella sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI", a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- c) Servizio Sanitario Nazionale

22. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.**

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.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di **uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di €. 70,00 per fattura/persona.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborso integralmente i tickets sanitari a carico dell'Assicurato.**

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 350,00 per persona.

23. VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA

La Società provvede al rimborso di una visita medico sportiva agonistica necessaria per il rilascio del certificato attestante l'idoneità allo svolgere una pratica sportiva a livello agonistico.

La visita deve essere eseguita da un medico specialista in medicina dello sport abilitato all'esercizio della professione.

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.

È previsto il rimborso di una visita l'anno, con un massimale di € 50,00.

24. VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE

La Società garantisce la possibilità di ottenere un video consulto per le prestazioni incluse nell'elenco sotto riportato, al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato.

Viene garantito un confronto diretto con lo specialista in tutti i casi in cui non sia necessario un contatto fisico, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti.

Per poter usufruire della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa UniSalute per richiedere la prenotazione del video consulto con professionisti specializzati, utilizzando il numero verde indicato nel Piano Sanitario.

Al fine dell'attivazione è necessario fornire un indirizzo email al quale verrà inviato il link a cui è possibile collegarsi per il video consulto, utilizzando il proprio computer o un dispositivo mobile, smartphone o tablet (è importante avere a disposizione le ultime versioni di Google Chrome o Mozilla Firefox).

Durante il video consulto è consigliabile tenere a portata di mano i seguenti documenti da condividere con il medico:

- un documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto);
- i referti in formato elettronico di esami precedenti riferibili alla medesima prestazione;
- la prescrizione del medico curante relativa alla prestazione richiesta

Il Servizio è prestato esclusivamente nei centri convenzionati con la Società, pertanto non è prevista la possibilità di ottenere il rimborso di tali prestazioni.

Il Servizio di video consulto è prestato entro il massimale annuo assicurato di € 500,00 per persona.

ELENCO DEI SERVIZI DI "VIDEO CONSULTO"
ANGIOLOGICO
CARDIOLOGICO
CHIRURGICO
EMATOLOGICO
ENDOCRINOLOGICO

FISIATRICO
NEFROLOGICO
NEUROLOGICO
ORTOPEDICO ANCHE PEDIATRICO
OTORINOLARINGOIATRICO ANCHE PEDIATRICO
PNEUMOLOGICO
REUMATOLOGICO
UROLOGICO

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate in assenza di RICOVERO	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Limiti
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI SOLO A SEGUITO DI INFORTUNIO	22	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 70,00 per fattura/persona.	Rimborso integrale delle spese	€ 350,00 per persona.
VISITA MEDICO SPORTIVA AGONISTICA	23	Garanzia prevista solo in centri non convenzionati o S.S.N.	Rimborso integrale delle spese	Rimborso integrale delle spese	€ 50,00 all'anno
VIDEO CONSULTO PER VISITE SPECIALISTICHE	24	Liquidazione diretta a carico della Società	Garanzia prevista solo in centri convenzionati	Garanzia prevista solo in centri convenzionati	€ 500,00 per persona

CHE COSA NON È ASSICURATO

ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE “PRESTAZIONI ASSICURATE IN CASO DI RICOVERO PER INFORTUNIO” e ALLA SEZIONE “PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO IN ASSENZA DI RICOVERO”

25. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili coloro i quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- sieropositività all'HIV;
- persone che siano riconosciute invalidi civili per una percentuale superiore al 60%.

e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopra indicate.

26. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. **le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto;**
2. **la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;**
3. **le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;**
4. **le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni.);**
5. **i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuate anche in regime ambulatoriale;**
6. **gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;**

7. 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.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
11. 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;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
16. le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
17. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
18. tutte le terapie mediche;
19. le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

COME ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE "PRESTAZIONI ASSICURATE IN CASO DI RICOVERO PER INFORTUNIO" e ALLA SEZIONE "PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO IN ASSENZA DI RICOVERO"

27. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore del titolare che abbia sottoscritto il contratto e può essere estesa con versamento del relativo premio ai componenti del nucleo familiare, risultanti dallo stato di famiglia, con le modalità previste al punto "Inclusioni/Esclusioni".

28. LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 65° anno di età dell'Assicurato, e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 66 anni.

29. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora l'assicurato avesse necessità di sottoporsi a **visite specialistiche e accertamenti diagnostici**, è possibile richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. La garanzia opera per tutte le visite specialistiche e accertamenti a seguito di malattia e infortunio.

Il costo della prestazione è a totale carico dell'Assicurato.

30. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-822497** 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.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate** con la Società.

c) Pareri medici immediati

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

DOVE VALE LA COPERTURA?

31. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

32. DENUNCIA DEL SINISTRO

Per la prenotazione della garanzia **“Video Consulto per Visite specialistiche”**, i servizi vengono forniti da UniSalute, contattando il numero verde **800-822497** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni extraricovero sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione **“Prenotazione visite/esami”** disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti.

In caso di ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito **800-822497** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

All'interno dell'**Area riservata** accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura **sanitaria convenzionata** con la Società **senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa**, le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.

33. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO – Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO**, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero (*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- 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 della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

(*) Tutta la documentazione sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.

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 alla Società 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 dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

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.

34. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, **le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o "Sinistri in strutture convenzionate con la Società".** Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo.

Nel caso di richiesta di corresponsione **dell'indennità sostitutiva, se prevista, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.**

35. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia, dell'infortunio accertato o presunto e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

La Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

In caso di ricovero, per permettere alla Compagnia di valutare la copertura, è necessario inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, almeno 10 giorni prima della data prevista per l'evento.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera di impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionati/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà 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 il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

36. PAGAMENTO DEL SINISTRO

La Società provvede al pagamento del sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra la Società 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 alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, indicati agli articoli "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e al punto "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

37. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

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.

38. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., 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.

39. 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.

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei suoi dati e sui suoi diritti

Gentile Cliente,

ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento") e degli artt. 15 e 16 del Reg. Ivass n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti, UniSalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati⁽¹⁾.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽²⁾ ci fornisce; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali⁽³⁾ (in particolare, relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽⁴⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁵⁾. In assenza di tali dati 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.

Se deciderà di registrarsi all'"Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, utilizzeremo questi dati anche per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dalla Sua polizza ed inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a Lei ed ai Suoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l'"Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal Suo *smartphone*, 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.

I dati relativi alla Sua salute (come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'"Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App) sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi⁵. 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 o del Suo eventuale familiare/convivente interessato⁽¹⁾⁽⁸⁾.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) 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 Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁶⁾. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁷⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁵⁾.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati, anche appartenenti a categorie particolari relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare assicurato" ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della Sua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all'"Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, e gestire così in autonomia la propria posizione.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁽⁹⁾. I Suoi dati personali 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).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì diritto a richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 – 40138 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (7).

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

- 1) In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi.
- 2) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 3) Rientrano nelle categorie particolari di dati personali non solo quelli relativi alla salute, ma anche i dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona e i dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- 4) 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'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicurato; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) 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 la protezione dei dati.
- 6) 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
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi 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 (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 8) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati 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).
- 9) 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.