



PIANO SANITARIO

UniSalute Famiglia

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Versione del 07/12/2022

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

INDICE

GLOSSARIO	1
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	4
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	4
1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	4
2. TERMINI DI ASPETTATIVA	4
3. DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE	4
4. DIRITTO DI RIPENSAMENTO	4
5. INCLUSIONI / ESCLUSIONI	4
QUANDO E COME DEVO PAGARE	4
6. PREMIO.....	4
ALTRE NORME	5
7. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	5
8. ONERI FISCALI.....	5
9. FORO COMPETENTE.....	5
10. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	5
11. ALTRE ASSICURAZIONI	5
12. OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE.....	5
13. LEGISLAZIONE APPLICABILE	5
14. REGIME FISCALE	6
15. RECLAMI	6
SEZIONE MALATTIA O INFORTUNIO.....	7
COSA ASSICURA.....	7
16. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	7
17. PROTEZIONE FAMIGLIA - ADULTI DAI 18 AI 65 ANNI	8
17.1 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA.....	8
17.2 SINDROME METABOLICA.....	8
17.3 ECODOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI.....	9
17.4 VISITA SPECIALISTICA CARDIOLOGICA E ECG DA SFORZO.....	9
17.5 DIARIA PER PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE.....	9
18. PROTEZIONE FAMIGLIA - RAGAZZI DAI 4 AI 18 ANNI.....	9
18.1 PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE	9
18.2 DIARIA DA RICOVERO	10
18.3 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO	10
18.4 VISITA MEDICA PER ATTIVITA' SPORTIVA	11
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	11
CHE COSA NON E' ASSICURATO	12
19. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE.....	12
COME ASSICURA	13
20. PERSONE ASSICURATE	13
21. LIMITI DI ETÀ'	13
22. SERVIZI DI CONSULENZA	13
DOVE VALE LA COPERTURA?	14
23. ESTENSIONE TERRITORIALE	14
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	14
24. DENUNCIA DEL SINISTRO	14
24.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'	14
24.2 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	14
24.3 INDENNITA' GIORNALIERA.....	15
24.4 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'	15
25. PAGAMENTO DEL SINISTRO	15
26. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	16
27. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	16
28. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE.....	16
INFORMATIVA PRIVACY	1

GLOSSARIO

Anno

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

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

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).

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.

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.

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

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.

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di assicurazione relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o esecuzione del contratto

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, ad esempio il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

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

Termini di aspettativa

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

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.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Versione del 07/12/2022

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 o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

2. TERMINI DI ASPETTATIVA

La garanzia decorre dalle ore 00:

- del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni;
- del 15° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per malattie.

3. DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

Si precisa che il contratto 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. Via Larga, 8, 40138 Bologna, oppure mediante e-mail a assicurazionemedica@unisalute.it, contenente gli elementi identificativi del contratto.

5. 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 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.

Il premio viene determinato in base alle seguenti variabili:

- acquisto di 2 o più coperture;
- nucleo composto da 2 o più persone;
- eventuali offerte commerciali per le quali è previsto uno sconto.

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.

ALTRE NORME

7. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

8. 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.

9. FORO COMPETENTE

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

10. 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.

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

12. 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.

13. LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

14. 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%.

15. 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:

nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
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 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 MALATTIA O INFORTUNIO

COSA ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO

16. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato in funzione delle prestazioni scelte ed indicate nel corrispettivo certificato di polizza per:

PROTEZIONE FAMIGLIA – ADULTI DAI 18 AI 65 ANNI -

- prestazioni diagnostiche particolari di valutazione delle sindromi metabolica;
- sindrome metabolica;
- Ecodoppler Tronchi Sovraortici;
- visita specialistica cardiologica e ecg da sforzo;
- diaria per patologia cardiovascolare;

PROTEZIONE FAMIGLIA – RAGAZZI DAI 4 AI 18 ANNI -

- prevenzione obesità infantile;
- diaria da ricovero;
- trattamenti fisioterapici da infortunio;
- visita medico sportiva;

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

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

17. PROTEZIONE FAMIGLIA – ADULTI DAI 18 AI 65 ANNI

17.1 PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stato di Sindrome Metabolica, ancorché non ancora conclamata, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere **effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione, in un'unica soluzione.**

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

17.2 SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare il questionario** raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password

La Società fornirà all'assicurato, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato dalla Società (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da **effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.**

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito Unisalute.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari **potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale.** Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra

quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un **servizio di "fax-assistito"** che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

17.3 ECODOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI

La Società provvede al pagamento di un **ECODOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI** effettuato una volta l'anno in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, la spesa per la prestazione erogata all'Assicurato viene liquidata dalla Società con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 30,00.

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

17.4 VISITA SPECIALISTICA CARDIOLOGICA E ECG DA SFORZO

La Società provvede al pagamento di una visita specialistica cardiologica e ecg da sforzo una volta l'anno in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate dalla Società con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di € 30,00 per prestazione.

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

17.5 DIARIA PER PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE

In caso di ricovero in istituto di cura a seguito di cardiopatia organica o ischemica, l'Assicurato avrà diritto a un'indennità di €. 50,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni ricovero.

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

18. PROTEZIONE FAMIGLIA – RAGAZZI DAI 4 AI 18 ANNI

18.1 PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE

La garanzia è prestata a favore dei figli del titolare, **di età compresa tra i 4 e 18 anni**, mediante procedura di adesione online disponibile sul sito www.unisalute.it, con contestuale richiesta di attivazione della garanzia stessa.

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà **compilare un questionario dati** volto ad individuare eventuali **stati di rischio di obesità nei figli da 4 a 18 anni**, raggiungibile cliccando su www.unisalute.it e "confermare il suo invio" alla Società.

La Società provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà al genitore assicurato tramite email, l'esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica, sull'area riservata del sito internet accessibile tramite username e password.

Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, rivolti all'assicurato per i propri figli, anche in collaborazione con un medico UniSalute.

Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che il figlio si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento di una visita specialistica dal pediatra/dietologo da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà a contattare il genitore assicurato via email una volta al mese per un periodo di tre mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della polizza, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito Unisalute.

18.2 DIARIA DA RICOVERO

In caso di ricovero in istituto di cura, a partire dal 6° giorno di ricovero, l'Assicurato avrà diritto a un'indennità **di € 50,00 per ogni giorno di ricovero per i primi 15 giorni e € 100,00 per i successivi 15 giorni, per un periodo non superiore a 30 giorni per ogni ricovero.**

La garanzia viene erogata indipendentemente dal fatto che il ricovero avvenga presso una struttura pubblica o privata, in Italia o all'estero.

18.3 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA 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 20% con il minimo non indennizzabile di €. 60,00 per fattura/persona.**

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per assicurato.

18.4 VISITA MEDICA PER ATTIVITA' SPORTIVA

La Società provvede al rimborso di una visita medica per idoneità all'attività sportiva, effettuata una volta l'anno con massimale di € 20,00 per prestazione.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate "PROTEZIONE FAMIGLIA – ADULTI DAI 18 AI 65 ANNI"	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
PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA	17.1	Liquidazione diretta a carico della Società	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate	Una volta l'anno
SINDROME METABOLICA	17.2	Servizio gestito dalla Società			
ECODOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI	17.3	Minimo non indennizzabile di € 30,00	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate e in SSN	Rimborso integrale delle spese	Una volta l'anno
VISITA SPECIALISTICA CARDIOLOGICA E ECG DA SFORZO	17.4	Minimo non indennizzabile di € 30,00	Garanzia prevista solo in strutture convenzionate e in SSN	Rimborso integrale delle spese	Una volta l'anno
DIARIA PER PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE	17.5	Importo giornaliero di € 50,00 fino a 30 giorni di ricovero			

Prestazioni assicurate "PROTEZIONE FAMIGLIA – RAGAZZI DAI 4 AI 18 ANNI"	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
PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE	18.1	Servizio gestito dalla Società			
		A partire dal 6° giorno di ricovero Importo giornaliero di € 50,00 per i primi 15 giorni di ricovero			

DIARIA DA RICOVERO	18.2	Importo giornaliero di € 100,00 per i successivi 15 giorni di ricovero fino a 30 giorni di ricovero			
TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO	18.3	Liquidazione diretta a carico della Società	Scoperto del 20% con minimo indennizzabile di € 60,00	Rimborso integrale delle spese	€ 500,00 annuo per assicurato
VISITA PER ATTIVITA' SPORTIVA	18.4	Una volta l'anno con massimale di € 20,00 per prestazione			

CHE COSA NON È ASSICURATO

ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE "PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO"

19. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. 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);
4. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
5. 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;
6. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
7. gli infortuni dovuti a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
8. 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;
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
10. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
11. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
12. tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
13. le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
14. 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.

Inoltre, saranno operanti le seguenti ulteriori esclusioni, se pertinenti con le diverse garanzie acquistate:

1. in caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;

3. 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;
4. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
5. 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.

COME ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE "PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA O INFORTUNIO"

20. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore del soggetto che abbia sottoscritto il contratto e **può essere estesa, con versamento del relativo premio**, al coniuge o al convivente "more uxorio" e ai figli tutti risultanti dallo stato di famiglia.

21. LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione può essere stipulata a partire dal 4° anno di età e fino al raggiungimento del 65° anno di età.

In caso di compimento del 65° anno di età durante l'annualità di polizza, il contratto si intende valido fino a naturale scadenza del contratto, anche per eventuali familiari assicurati.

In caso di compimento del 18° anno di età durante l'annualità di polizza, si intendono valide le garanzie **RAGAZZI DAI 4 AI 18 ANNI** fino a naturale scadenza del contratto.

22. 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 +39 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.

d) Il pediatra risponde

In caso di minore assicurato, la Centrale Operativa fornirà anche un servizio di consulenza pediatrica a cui potersi rivolgere per informazioni, non con carattere d'urgenza, sulla salute del bambino.

DOVE VALE LA COPERTURA?

23. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

24. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione della prestazione sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Prenotazione visite/esami" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti. Se non può accedere ad internet e in caso di ricovero, 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 +39 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.

24.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ'

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità.

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 convenzionate/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.

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.

Per la garanzia TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO l'Assicurato dovrà presentare, all'atto dell'effettuazione della prestazione, la prescrizione del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata, contenente le prestazioni terapeutiche richieste. Inoltre tale prescrizione, unitamente al certificato di Pronto Soccorso, dovrà essere inviata ad UniSalute al momento della richiesta di prenotazione dei trattamenti.

24.2 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può utilizzare la funzione disponibile sul sito www.unisalute.it – Area Clienti - sezione **“Richiesta rimborso ticket e diaria da ricovero”**, inviando in formato elettronico (upload) la documentazione medica e di spesa.

In alternativa, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella sezione “Modulistica” del sito UniSalute. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8, 40138 Bologna BO. Si intendono gli invii esclusivamente tramite posta, sono esclusi gli invii tramite servizio Corrieri.

24.3 INDENNITA' GIORNALIERA

Per richiedere la corresponsione dell'indennità giornaliera, l'Assicurato può utilizzare la funzione disponibile nella sezione **“Richiesta rimborso ticket e diaria da ricovero”** all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it inviando in formato elettronico (upload) la copia della cartella clinica conforme all'originale. È inoltre possibile richiedere l'indennità compilando ed inviando il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

24.4 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETA'

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare documentazione cartacea, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri) a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti- Via Larga 8, 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria:

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

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.

25. 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".

26. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

La documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società effettuate in strutture sanitarie convenzionate viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

B) 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.

27. 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.

28. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

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

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro esclusa ogni responsabilità solidale.

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.

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., inviati 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 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

- In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi.
- 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.
- 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.
- 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'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistiche-tarifarie.
- 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.
- 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
- 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.
- 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).
- 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.

Assicurazione Spese Sanitarie

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

Compagnia: UniSalute S.p.A.

Prodotto : **“PIANO SANITARIO ONLINE Unisalute Famiglia”**

“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 delle spese sanitarie nei casi di Malattia ed Infortunio.



Che cosa è assicurato?

L’Assicurazione, operante in caso di Malattia e di Infortunio avvenuto durante l’operatività del contratto, permette all’Assicurato di ottenere l’Indennizzo delle spese mediche extra ospedaliere e di un’indennità per ogni giorno di ricovero.

SPESE SANITARIE

Sono previsti i seguenti pacchetti di prestazioni

- **PROTEZIONE FAMIGLIA – ADULTI DAI 18 AI 65**
 - ✓ Prestazioni diagnostiche particolari di valutazione della sindrome metabolica: si provvede al pagamento delle spese per le prestazioni diagnostiche particolari di valutazione della sindrome metabolica.
 - ✓ Sindrome metabolica: Programma che consente di verificare se vi sia o meno uno stato di Sindrome Metabolica conclamata. In questo caso vengono fornite indicazioni utili per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti.
 - ✓ Ecodoppler Tronchi Sovraortici: pagamento delle spese per un Ecodoppler Tronchi Sovraortici.
 - ✓ Visita specialistica cardiologica e ecg da sforzo: pagamento delle spese per una Visita Cardiologica e Elettrocardiogramma da sforzo.
 - ✓ Diaria per patologia cardiovascolare: è prevista l'erogazione di un’indennità giornaliera per ricovero a seguito di cardiopatia organica o ischemica.
- **PROTEZIONE FAMIGLIA – RAGAZZI DAI 4 AI 18 anni**
 - ✓ Prevenzione obesità infantile: si mette a disposizione un programma che consente al figlio dell’Assicurato di età compresa tra i 4 e i 18 anni di verificare eventuali stati di rischio obesità, fornendo indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione ed attività fisica.
 - ✓ Diaria da ricovero: la Società eroga un’indennità giornaliera per ricovero.
 - ✓ Trattamenti fisioterapici da infortunio: si indennizzano le spese per le terapie fisiche riabilitative a seguito di infortunio in presenza di certificato di pronto soccorso.
 - ✓ Visita medico sportiva: pagamento delle spese per la prestazione Visita medico sportiva.
- **SERVIZI DI CONSULENZA**
 - ✓ Servizi di consulenza: Sono forniti servizi di consulenza telefonica quali, informazioni sanitarie, prenotazioni di prestazioni sanitarie, pareri medici immediati.

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

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio.
- ✗ Non sono assicurabili coloro i quali abbiano superato i seguenti limiti:
L’assicurazione può essere stipulata a partire dal 4° anno di età e fino al raggiungimento del 65° anno di età.
In caso di compimento del 65° anno di età durante l’annualità di polizza, il contratto si intende valido fino a naturale scadenza del contratto, anche per eventuali familiari assicurati.
In caso di compimento del 18° anno di età durante l’annualità di polizza, si intendono valide le garanzie RAGAZZI DAI 4 AI 18 ANNI fino a naturale scadenza del contratto.



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 preesistenti alla stipulazione del contratto.
 - la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
 - 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);
 - il trattamento delle malattie conseguenti all’abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all’uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
 - gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l’alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
 - gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall’Assicurato;
 - gli infortuni dovuti a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
 - 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;
 - le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
 - 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;
 - le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;

- gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali;
- le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Inoltre, saranno operanti le seguenti ulteriori esclusioni, se pertinenti con le diverse garanzie acquistate:

- in caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 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.



Dove vale la copertura?



La copertura vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

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



Quando e come devo pagare?

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto e termina alle ore 24 del giorno indicato nel certificato di polizza e ha durata annuale. Si precisa che non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'art. 1901 2° comma del Codice Civile. Il contratto non prevede il tacito rinnovo pertanto cessa alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta.



Come posso disdire la polizza?

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 imposte, comunicando la sua decisione tramite lettera raccomandata inviata all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Via Larga, 8, 40138 Bologna, oppure mediante e-mail a assicurazionemedica@unisalute.it, contenente gli elementi identificativi del contratto.

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

**Compagnia: UniSalute S.p.A.
Prodotto: PIANO SANITARIO ONLINE Unisalute Famiglia**

Data: 07/12/2022 - 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 2021, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 216,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 93,25 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 2021, è pari ad € 90,98 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 30,36 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 207,05 milioni e ad € 204,87 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2021, pari a 2,28 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.



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 limiti contrattualmente indicati, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

GARANZIA VALIDA SOLO PER ADULTI DAI 18 AI 65

LIMITAZIONI

PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLE SINDROME METABOLICA: elenco specifico di prestazioni.

ECODOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI: le spese in strutture convenzionate rimangono a carico della Società a meno di una franchigia di € 30,00.

VISITA SPECIALISTICA CARDIOLOGICA E ECG DA SFORZO: le spese in strutture convenzionate rimangono a carico della Società a meno di una franchigia di € 30,00.

DIARIA PER PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE: è prevista un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero fino a 30 giorni di ricovero.

GARANZIA VALIDA SOLO PER RAGAZZI DAI 4 AI 18 anni

LIMITAZIONI

PREVENZIONE OBESITÀ INFANTILE

DIARIA DA RICOVERO: è prevista un'indennità di € 50,00 per ogni giorno di ricovero, a partire dal 6° per i primi 15 giorni e € 100,00 per i successivi 15 giorni, fino a 30 giorni di ricovero.

TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% e con una franchigia di € 60,00 per fattura/persona.

VISITA MEDICO SPORTIVA: è previsto un massimale di € 20,00 per prestazione.

In aggiunta alle informazioni fornite nell'analoga Sezione del DIP DANNI, sono previste le seguenti ulteriori esclusioni:

Trattamenti fisioterapici da infortunio: sono escluse prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro: Entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto, è possibile richiedere rimborso alla Società.

In caso di sinistro relativo alle garanzie ECODOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI, VISITA SPECIALISTICA CARDIOLOGICA E ECG DA SFORZO, DIARIA PER PATOLOGIA CARDIOVASCOLARE, DIARIA DA RICOVERO, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO, VISITA MEDICA PER ATTIVITA' SPORTIVA, l'Assicurato deve inviare 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) all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 – 40138 Bologna BO. Si intendono gli invii esclusivamente tramite posta, sono esclusi gli invii tramite servizio Corrieri.

Assistenza diretta/in convenzione: Il contratto prevede per le garanzie PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI DI VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA, SINDROME METABOLICA, ECODOPPLER TRONCHI SOVRAORTICI, VISITA SPECIALISTICA CARDIOLOGICA E ECG DA SFORZO, PREVENZIONE OBESITA' INFANTILE, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI DA INFORTUNIO, la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di centri sanitari e al personale convenzionati con Unisalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. Unisalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti dei centri sanitari, sulla loro ubicazione e sui servizi.

In caso di Sinistro relativo alla garanzia SINDROME METABOLICA, l'Assicurato deve compilare il Questionario raggiungibile sul sito www.unisalute.it, i dati saranno valutati dalla Società e messi a disposizione dell'Assicurato nella propria Area Riservata accessibile tramite username e password.

	In caso di Sinistro relativo alla garanzia OBESITA' INFANTILE, l'Assicurato deve compilare il Questionario raggiungibile sul sito www.unisalute.it , i dati saranno analizzati dalla Società e messi a disposizione dell'Assicurato nella propria Area Riservata accessibile tramite username e password.
	Gestione da parte di altre imprese: Non è prevista la gestione dei sinistri da parte di altre imprese
	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	La Società 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 viene determinato in base alle seguenti variabili: - acquisto di 2 o più coperture; - nucleo composto da 2 o più persone; - eventuali offerte commerciali per le quali è previsto uno sconto.
Rimborso	Non sono previste ipotesi di rimborso del premio.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Le coperture assicurative sono soggette alle seguenti carenze o aspettative che decorrono alle ore 00: - del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni; - del 15° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per malattie.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente contratto è rivolto ai lavoratori che vogliono integrare le coperture sanitarie aziendali alle quali hanno accesso tramite fondi e casse sanitarie collettive.

Inoltre, è rivolto a tutti i cittadini (lavoratori autonomi, commercianti, professionisti, artigiani, studenti, casalinghe, ecc.) che non hanno accesso ad una polizza sanitaria collettiva e desiderano integrare i servizi del Servizio Sanitario Nazionale.



Quali costi devo sostenere?

Non sono previsti costi di intermediazione.

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, 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.
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 esaustiva 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 (*indicare quando obbligatori*):

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).
	- 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

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it 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 RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.