



UNISALUTE SPESE MEDICHE SANICARD **Assicurazione Malattia e Infortuni**

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

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

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

Compagnia: UniSalute S.p.A.

Prodotto: “UniSalute Spese Mediche Sanicard”

“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 e 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 scegliere tra due diverse formule di copertura spese sanitarie, alternative tra loro: “Formula Completa”, più ampia, e “Formula Grandi Interventi” che consente di ottenere l'Indennizzo delle spese mediche per alcune, più gravi, forme di Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico.

✓ SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA:

- **Ricovero:** rimborso delle spese per Ricovero in Istituto di cura (compreso parto e aborto terapeutico), Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale.
- **Alta Specializzazione:** pagamento (specifico Massimale) delle spese per prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto.
- **Cure Oncologiche:** pagamento delle spese relative a chemioterapia e terapie radianti (sia in regime di Ricovero o Day-Hospital che extraricovero) nei casi di Malattia Oncologica.
- **Second Opinion:** in presenza di una grave Malattia accertata, l'Assicurato può richiedere di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche.
- **Sindrome Metabolica:** servizio che consente di verificare in via preventiva se sia affetto da Sindrome Metabolica valutando se esistano eventuali fattori di rischio per la sua salute, di natura cardiovascolare, correlati al suo stile di vita o a patologie preesistenti ad alto rischio cardiovascolare.
- **Ospedalizzazione Domiciliare:** servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 giorni dalla data di dimissioni, a seguito di un Ricovero indennizzabile.
- **Tariffe Agevolate:** prevede per l'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso i Centri Sanitari Convenzionati e/o Equipe Mediche Convenzionate.

✓ SPESE SANITARIE FORMULA GRANDI INTERVENTI:

- **Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso:** rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di un Grande Intervento Chirurgico o di un Grave Evento Morboso;
- **Second Opinion:** vedasi SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA;
- **Sindrome Metabolica:** vedasi SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA;
- **Ospedalizzazione Domiciliare:** vedasi SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA;
- **Tariffa Agevolata:** vedasi SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA.

✓ ASSISTENZA (sempre operante):

servizi di Assistenza nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

✓ GARANZIE OPZIONALI

Garanzie Supplementari [a pagamento]:

FORMULA COMPLETA:

Garanzia Plus: Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici; Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di Infortunio; Prevenzione; Prevenzione Odontoiatrica; Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero.

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

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio (compreso l'evento parto).



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:
 - TUTTE LE GARANZIE: conseguenze dirette di infortuni e di malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società o non evidenziati nel Questionario Sanitario con dolo o colpa grave; cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono altresì escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia); cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale; conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale.
 - ASSISTENZA: prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà; aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle Prestazioni di Assistenza.



Dove vale la copertura?

- ✓ SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA: l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ SPESE SANITARIE FORMULA GRANDI INTERVENTI: l'Assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ ASSISTENZA: l'Assicurazione ha validità territoriale a seconda delle prestazioni erogate.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Si precisa che la Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato e risultanti dal Questionario sanitario. Inoltre dovrai tempestivamente comunicare a Unisalute tutte le eventuali variazioni che si presentino in corso di contratto (es. cambio di residenza). Le dichiarazioni inesatte o reticenti o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione del Questionario sanitario, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario stesso.



Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio deve essere pagato alla consegna della Polizza ed è comprensivo di imposte. Previo accordo di Unisalute il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente tramite procedura automatica. In alternativa il Premio annuo può essere frazionato in rate semestrali oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale. L'eventuale frazionamento è indicato in Polizza.

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di Unisalute al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza. Il contratto non prevede il tacito rinnovo e, pertanto, cessa alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta.



Come posso disdire la polizza?

In caso di Sinistro non puoi recedere dal contratto. Resta fermo quanto previsto dalla normativa in merito alle dichiarazioni inesatte o reticenti rilasciate in sede di conclusione del contratto.

Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, hai facoltà di recedere solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni. Se la durata è uguale o inferiore, non potrai recedere in anticipo dal contratto e dovrai attendere la naturale scadenza.

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

UniSalute S.p.A.

Prodotto: UniSalute Spese Mediche Sanicard

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

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

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

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

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

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?


OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO


FORMULA COMPLETA

Franchigia su Ricoveri, Day Hospital e Interventi chirurgici

Qualora nell'erogazione delle prestazioni venga concordata l'applicazione di una Franchigia e/o di uno Scoperto il Contraente ha diritto ad uno sconto sul Premio.

ambulatoriali in Istituto di Cura	
Massimale unico per Nucleo Familiare	<i>Qualora i Massimali indicati in Polizza vengano prestati non per singolo Assicurato, ma per tutti gli Assicurati appartenenti al medesimo Nucleo Familiare il contraente ha diritto ad uno sconto sul Premio.</i>
OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
FORMULA COMPLETA	
Garanzia Plus	<p>UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute per:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici: visite specialistiche non connesse a Ricovero e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza.</i> - <i>Trattamenti Fisioterapici: trattamenti fisioterapici, a seguito di Infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempre che siano connessi all'infortunio denunciato e che risultino prescritti da un medico specialista.</i> - <i>Prevenzione: particolari esami diagnostici da effettuarsi una volta l'anno in Centri Sanitari Convenzionati.</i> - <i>Prevenzione Odontoiatrica: una visita specialistica odontoiatrica e di una seduta di ablazione del tartaro o di una seduta di trattamento per l'igiene orale all'anno, da effettuarsi in centri Sanitari Convenzionati.</i> - <i>Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero: gli interventi chirurgici odontoiatrici derivanti dalle seguenti patologie: osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso; cisti follicolari; cisti radicolari; adamantinoma; odontoma; ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.</i>

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

 Ci sono limiti di copertura?	
<p>Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati i limiti contrattualmente indicati, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.</p> <p>LIMITAZIONI</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alle coperture offerte dal contratto sono applicati Scoperti contrattualmente indicati che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. - La Garanzia base della Sezione FORMULA COMPLETA, relativamente alla copertura Ricovero in Istituto di Cura, Day – Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale prevede l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di € 1.000,00 e un massimo di € 6.000,00 per il caso di Rimborso delle spese in caso di utilizzo di Equipe non convenzionata in un Centro Convenzionato e in caso di utilizzo di Centro ed Equipe medica/Personale non convenzionati. Per la copertura Alta specializzazione prevede l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di € 60,00 in caso di utilizzo di Centro ed Equipe medica/Personale non convenzionati. - Per la Garanzia base della Sezione GRANDI INTERVENTI, relativamente al Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso, è prevista l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di € 1.000,00 e massimo di € 6.000,00 in caso di utilizzo di Equipe non convenzionata in un Centro Convenzionato e in caso di Centro ed Equipe medica/Personale non convenzionati. - Per le Sezioni FORMULA COMPLETA, FORMULA GRANDI INTERVENTI, ASSISTENZA, sono previste le seguenti esclusioni di garanzia: - le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere; - gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza; 	

- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.



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.

Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata:

Quando il Contraente di Polizza è una persona fisica, l'Assicurato, per il tramite del Contraente, deve preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni utilizzando l'APP "UniSalute Up" scaricabile direttamente su App Store e Play Store.

In alternativa all'utilizzo dell'APP e in ogni caso per le prestazioni non gestibili tramite APP l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa specificando la prestazione richiesta.

Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica non Convenzionata:

L'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa.

Prestazioni in Centri Sanitari non Convenzionati o prestazioni a rimborso:


L'Assicurato, per ottenere il rimborso, secondo le modalità indicate nelle rispettive Sezioni Spese Sanitarie può rivolgersi direttamente all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza, direttamente a UniSalute oppure seguire quanto indicato all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it.


Second Opinion: L'Assicurato può sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, contattando direttamente la Centrale Operativa di UniSalute. Per l'attivazione della garanzia, il cliente dovrà inviare a UniSalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa.

Sindrome Metabolica: Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare lo specifico questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it, registrandosi all'"Area Clienti" e confermare il suo invio ad UniSalute. UniSalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite e-mail mettendo a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Tariffe Agevolate: Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute specificando la prestazione richiesta.

	<p>Assistenza: l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute, specificare la prestazione richiesta e fornire ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare l'evento per il quale necessita di Prestazione di Assistenza. L'Assicurato deve inoltre presentare ogni elemento che possa permettere il diritto alla Prestazione di Assistenza.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: il contratto prevede la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di Centri Sanitari 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 Convenzionati, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da essi erogati</p>
	<p>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.</p>
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 è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato sulla base delle percentuali di incremento contrattualmente previste. Inoltre, il premio, i massimali e le indennità sono soggetti ad adeguamento annuale in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI).
Rimborso	Non sono previste ipotesi di rimborso del premio a favore del Contraente.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Il contratto prevede un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun Indennizzo. La carenza varia a seconda della patologia denunciata dall'Assicurato:</p> <p>per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto la copertura decorre dalle ore 24 del giorno di effetto della Polizza;</p> <ul style="list-style-type: none"> - per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto la copertura decorre dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza; - per le Malattie dipendenti da gravidanza la copertura è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza; - per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed accettate dalla Società la copertura decorre dalle ore 24 del centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza; - per le conseguenze di Malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza; - per il parto e l'aborto terapeutico la copertura decorre dalle ore 24 del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza.
Sospensione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto in caso di ripensamento a seguito della stipulazione dello stesso.
Risoluzione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto a:

- persone fisiche che subiscano ricovero o day hospital in istituto di cura e/o che si sottopongano a interventi chirurgici, visite specialistiche e accertamenti, trattamenti fisioterapici in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico;
- persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati nell'ipotesi di ricovero o day hospital in istituto di cura, di interventi chirurgici visite specialistiche e accertamenti, trattamenti fisioterapici in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico.

In entrambi i casi è presente l'esigenza principale di protezione contro i rischi malattia/infortuni e l'ottenimento di prestazioni di assistenza.



Quali costi devo sostenere?

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

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

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

	<p>è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p> <p>I reclami indirizzati all'IVASS contengono:</p> <p>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</p> <p>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</p> <p>c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</p> <p>d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</p> <p>e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (<i>indicare quando obbligatori</i>):</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>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.</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>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).</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://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.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO

UNISALUTE SPESE MEDICHE SANICARD

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01265 / 000 / 00000 / H - Ed. 01 / 07 / 2024

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




INDICE

GLOSSARIO.....	1
ART. 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....	4
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE.....	4
ART. 1.1 - EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	4
ART. 1.2 – PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI.....	4
ART. 1.3 - DURATA DEL CONTRATTO E SCONTO PER POLIENNALITÀ	5
ART. 1.4 RECESSO IN CASO DI SINISTRO	5
QUANDO E COME DEVO PAGARE	5
ART. 1.5 - PAGAMENTO DEL PREMIO	5
ART. 1.6 - FRAZIONAMENTO DEL PREMIO	6
ART. 1.7 PAGAMENTO FRAZIONATO DEL PREMIO TRAMITE SERVIZIO ADDEBITO RICORRENTE (OPERANTE SE INDICATO IN POLIZZA IL FRAZIONAMENTO MENSILE)	6
ART. 1.8 - CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO E SUO ADEGUAMENTO	8
CHE OBBLIGHI HO	9
ART. 1.9 - DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO.....	9
ART. 1.10 - AGGRAVAMENTO / DIMINUZIONE DEL RISCHIO	9
ALTRE NORME.....	10
ART. 1.11 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE E VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE.....	10
ART. 1.12 - FORMA DELLE COMUNICAZIONI.....	10
ART. 1.13 - ALTRE ASSICURAZIONI	10
ART. 1.14 - FORO COMPETENTE	10
ART. 1.15 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	10
ART. 1.16 - OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	10
ART. 1.17 - LEGISLAZIONE APPLICABILE	10
ART. 1.18 - REGIME FISCALE.....	10
ART. 1.19 - RECLAMI	11
ART. 2. SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA	12
COSA ASSICURA.....	12
ART. 2.1 - GARANZIA BASE	12
ART. 2.1.1 - RICOVERO	13
ART. 2.1.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE	14
ART. 2.1.3 - CURE ONCOLOGICHE	15
ART. 2.1.4 - SECOND OPINION	15
ART. 2.1.5 - SINDROME METABOLICA	16
ART. 2.1.6 - OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE.....	17

ART. 2.1.7 - NEONATI	18
ART. 2.1.8 - TARIFFE AGEVOLATE	18
COSA NON ASSICURA	18
ART. 2.2 – ESCLUSIONI	18
ART. 2.3 - PERSONE NON ASSICURABILI	19
COME PERSONALIZZARE	19
ART. 2.4 - GARANZIE SUPPLEMENTARI (A PAGAMENTO)	19
ART. 2.4.1 – GARANZIA PLUS	20
ART. 2.5 – CONDIZIONI SPECIFICHE (CON SCONTO)	21
ART. 2.5.1 - FRANCHIGIA SU RICOVERI, DAY-HOSPITAL E INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI IN ISTITUTO DI CURA	21
ART. 2.5.2 - MASSIMALE UNICO PER NUCLEO FAMILIARE	22
COME ASSICURA	22
ART. 2.6 - MASSIMALE.....	22
ART. 2.7 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	23
ART. 2.7.1 - RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	23
ART. 2.7.2 - PARTO E ABORTO TERAPEUTICO	23
ART. 2.7.3 - ALTA SPECIALIZZAZIONE	23
ART. 2.7.4 - CURE ONCOLOGICHE	24
ART. 2.7.5 - VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	24
ART. 2.7.6 - TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO	24
ART. 2.7.7 - PREVENZIONE, PREVENZIONE ODONTOIATRICA E INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO	24
ART. 2.8 - VALIDITÀ TERRITORIALE.....	24
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITID’INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI	25
ART. 3 SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA GRANDI INTERVENTI	27
COSA ASSICURA.....	27
ART. 3.1 - GARANZIA BASE	27
ART. 3.1.1 - RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E GRAVE EVENTO MORBOSO.....	28
ART. 3.1.2 - SECOND OPINION	29
ART. 3.1.3 - SINDROME METABOLICA.....	30
ART. 3.1.4 - OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE.....	31
ART. 3.1.5 - TARIFFE AGEVOLATE	31
COSA NON ASSICURA	32
ART. 3.2 - ESCLUSIONI	32
ART. 3.3 - PERSONE NON ASSICURABILI.....	33

COME ASSICURA	33
ART. 3.4 - MASSIMALE.....	33
ART. 3.5 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	33
ART. 3.5.1 - RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA O DAY-HOSPITAL PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E GRAVE EVENTO MORBOSO.....	33
ART. 3.6 - VALIDITÀ TERRITORIALE.....	34
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI	34
ART. 4. SEZIONE ASSISTENZA	35
COSA ASSICURA.....	35
ART. 4.1 - GARANZIA BASE	35
ART. 4.2 – DELIMITAZIONI.....	38
COSA NON ASSICURA.....	38
ART. 4.3 - ESCLUSIONI	38
COME ASSICURA	38
ART 4.4 - PAGAMENTO DELLE PRESTAZIONI.....	38
ART. 4.5 - VALIDITÀ TERRITORIALE.....	39
TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI	39
ART. 5. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	40
NORME PER LE SEZIONI SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA E FORMULA GRANDI INTERVENTI.....	40
ART. 5.1 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI DEL CONTRAENTE O DELL'ASSICURATO.....	40
ART. 5.2 - MODALITÀ DI UTILIZZO DELLA COPERTURA	40
ART. 5.3 - AREA TERRITORIALE SCOPERTA	43
ART. 5.4 - OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE	43
ART. 5.5 - SECOND OPINION	43
ART. 5.6 - SINDROME METABOLICA.....	43
ART. 5.7 - TARIFFE AGEVOLATE.....	44
ART. 5.8 - GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA.....	44
ART. 5.9 - OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE	44
ART. 5.10 - DIRITTO DI VERIFICA	44
ART. 5.11 - CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	44
ART. 5.12 - PAGAMENTO DEL SINISTRO	45
NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA.....	45
ART. 5.13 - DENUNCIA DEL SINISTRO ED OBBLIGHI DEL CONTRAENTE O DELL'ASSICURATO.....	45
ART. 5.14 - MODALITÀ PER RICHIEDERE LE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA	45
ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI.....	47
INFORMATIVA PRIVACY.....	50

Che cosa sono i box di consultazione?

I box di consultazione sono degli appositi spazi contrassegnati da simboli, facilmente individuabili all'interno delle condizioni contrattuali. In essi sono indicati: risposte in caso di dubbi o indicazioni da seguire in caso di necessità , punti su cui porre particolare attenzione , recapiti a cui rivolgersi .

E' bene precisare che tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una esemplificazione. Per questo, è bene quindi porre, sempre, la dovuta attenzione alle condizioni a cui si riferiscono.

GLOSSARIO

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

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 365 giorni, o a 366 giorni in caso di Anno bisestile.

Annualità Assicurativa: in caso di Polizze poliennali cioè di Polizze aventi Periodo Assicurativo superiore a un anno, ciascuna annualità compresa nel Periodo Assicurativo a partire dalle ore 24 della data di effetto della Polizza.

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione, come definito dall'Art. 1882 del Codice Civile, e/o la garanzia prestata con il contratto.

Assistenza o Prestazione di Assistenza: l'aiuto che la Società mette a disposizione dell'Assicurato quando, in conseguenza di un evento fortuito, questi viene a trovarsi in una situazione di difficoltà che richiede un intervento immediato.

Assistenza Infermieristica: l'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specializzazione.

Centrale Operativa: la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

La Centrale Operativa 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.

Centro Sanitario Convenzionato: Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico e/o diagnostico, convenzionati con la Società o con altre società specializzate del Gruppo Unipol, ove l'Assicurato previa richiesta ed autorizzazione ricevuta dalla Società può accedere per fruire delle prestazioni sanitarie garantite dalla polizza ed il cui costo viene liquidato, in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente dalla Società.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione, assumendosene i relativi obblighi tra i quali è preminente il pagamento del Premio.

Cure a carattere sperimentale: terapie/procedure ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità.

Day-Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche (**con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva**) praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Difetto Fisico: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

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 farmaci).

Emergenza: una situazione patologica insorta improvvisamente, per Malattia o Infortunio che richieda, nello stesso luogo in cui si è manifestata, una assistenza medica o chirurgica non differibile con ricorso a un Pronto Soccorso ospedaliero, seguito o meno da ospedalizzazione.

Equipe Medica Convenzionata: medici che assistono l'Assicurato durante il Ricovero e/o Medici e paramedici partecipanti all'Intervento Chirurgico, convenzionati con la Società o con altre Società specializzate del Gruppo Unipol che, previa richiesta ed autorizzazione ricevuta dalla Società, forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla stessa, in nome e per conto dell'Assicurato.

Franchigia: la parte del danno, espressa in cifra fissa, che per ogni Sinistro 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.

Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi: interventi chirurgici e patologie riportati nell'ALLEGATO A alle Condizioni di assicurazione.

Indennizzo/Rimborso: somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

Intervento Chirurgico Ambulatoriale: prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di Cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati 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 dipendente da infortunio.

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

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

Massimale: la somma indicata in Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Rimborso in caso di Sinistro.

Medicina non convenzionale: insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute della Medicina Ufficiale o Accademica.

Nucleo familiare: il coniuge e i figli del Contraente/Assicurato anche non risultanti dallo stato di famiglia, il convivente more uxorio e il convivente di fatto indicati in polizza.

Periodo Assicurativo: periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 della data di scadenza della Polizza stessa.

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'articolo 1888 del Codice Civile.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione.

Questionario Sanitario: documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. **Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o, in caso di minore, da chi ne esercita la potestà genitoriale, prima di stipulare la Polizza.** Il Questionario Sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

Retta di Degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

Ricovero: la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scoperto: percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni Sinistro, rimane a suo carico.

Second Opinion: consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.

Sinistro: il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario previste dall'Assicurazione come conseguenza di Malattie o Infortuni occorsi entro il Periodo Assicurativo. Il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione sanitaria assicurata. Con riferimento alla Sezione Assistenza: il verificarsi dell'evento per il quale è prevista l'erogazione delle prestazioni di assistenza da parte della Società.

Società: l'Impresa assicuratrice UniSalute S.p.A.

Struttura Organizzativa: è la struttura di UniSalute attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno costituita da operatori e personale specializzato che eroga, con costi a carico della Società, le Prestazioni previste dalla Sezione Assistenza.

Teladoc Health International: la Società che coadiuva UniSalute nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia "Second opinion". Teladoc Health International, Paseo de la Castellana 79, 28046 Madrid, Spagna.

Termini di aspettativa: il periodo che intercorre tra la decorrenza del contratto e la decorrenza della garanzia assicurativa.

Unipol Gruppo S.p.A. : gruppo assicurativo leader in Italia nei rami Danni, le cui azioni ordinarie sono quotate alla Borsa Italiana ed al quale fanno capo diverse imprese di assicurazione, fra le quali UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e UniSalute S.p.A.

Art. 1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti Condizioni di Assicurazione:

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

Art. 1.1 - Effetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo restando quanto previsto all'Art. 1.2 Periodi di Carenza contrattuali.

Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 – Periodi di carenza contrattuali

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del:

- **giorno di effetto della Polizza per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;**
- **trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza;**
- **centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed accettate dalla Società;**
- **centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;**
- **trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per il parto e l'aborto terapeutico.**

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa dalla stessa Società o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il termine di aspettativa di cui sopra opera:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e diverse prestazioni da essa previste.

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

Art. 1.3 - Durata del contratto e sconto per poliennalità ^{1 2}

L'assicurazione cessa alla scadenza del periodo prefissato indicato in Polizza, **senza tacito rinnovo**.

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

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio, per ciascuna Annualità Assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione. A seguito dell'adeguamento automatico di cui all'art. 1.8 Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento anche l'importo della riduzione varierà di conseguenza. Pertanto, se il contratto ha una durata superiore ai 5 anni il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi 5 anni di durata contrattuale, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile; in tal caso la disdetta va comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione. Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.


Art. 1.4 Recesso in caso di Sinistro


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


QUANDO E COME DEVO PAGARE

Art. 1.5 - Pagamento del Premio ³

I Premi devono essere pagati presso l'intermediario al quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società. Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

¹ *La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza o prosegue? *
Il prodotto UniSalute SPESE MEDICHE SANICARD prevede che la copertura assicurativa sia "senza tacito rinnovo" pertanto cesserà di avere efficacia alla scadenza indicata in Polizza senza bisogno di alcuna comunicazione tra le parti; ciò significa però che il Cliente dovrà prestare molta attenzione al fatto che alla scadenza si troverà privo di copertura.

² *Quale durata può avere l'Assicurazione? *
L'Assicurazione può avere una durata annuale o poliennale. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio per ogni anno di durata. La percentuale di sconto applicato rispetto al Premio che il Cliente pagherebbe se l'Assicurazione avesse durata annuale viene indicata in Polizza ed è tanto più alta quanto maggiore è la durata stabilita in sede di conclusione del contratto. Se la durata poliennale è superiore a cinque anni il Cliente potrà recedere dal contratto soltanto dopo i primi cinque anni di durata. Se la durata è uguale o inferiore a cinque anni, il Cliente non potrà recedere in anticipo dal contratto.

³ *Cos'è e come si calcola il Premio? *
Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare alla Società per attivare la copertura assicurativa sottoscritta. Esso viene determinato, al momento della sottoscrizione del contratto, sulla base della tariffa in vigore in quel momento, ossia sulla base dei parametri di "Rischio" presi in considerazione per il suo calcolo (ad esempio provincia di residenza ed età dell'Assicurato).

Art. 1.6 - Frazionamento del Premio ⁴

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato.

In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi 15 giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo ed impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.

Art. 1.7 Pagamento frazionato del Premio tramite servizio addebito ricorrente (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile)

La Società si riserva di concedere al Contraente (e, una volta concessa, di revocare) la possibilità di frazionare il pagamento del Premio in 12 rate mensili, senza oneri di frazionamento, mediante addebito ricorrente. Ove richiesto dal Contraente tale frazionamento e concesso dalla Società, la Società e il Contraente convengono quanto di seguito specificato.

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

A.1 Strumenti di addebito ricorrente

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

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


L'autorizzazione all'addebito ricorrente si intende valida dal momento in cui il Contraente conferma la richiesta di addebito ricorrente e fino alla comunicazione alla Società dell'eventuale revoca. Cessa automaticamente con la cessazione del contratto assicurativo.

A.2 Obblighi del Contraente

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

- (i) se persona fisica, aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivare il profilo di Area Riservata, messa a disposizione del Contraente dalla Società sul proprio sito e mediante APP, fornendo il proprio indirizzo email e numero di cellulare;
se persona giuridica, comunicare indirizzo PEC della persona giuridica, nonché identificare un soggetto persona fisica, autorizzato dalla persona giuridica, che aderisca al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA);
- (ii) comunicare un metodo di pagamento ricorrente per la corresponsione del Premio del contratto assicurativo tra quelli previsti dalla Società e indicati all'articolo A.1. che precede;
- (iii) provvedere al pagamento anticipato di una somma pari a un dodicesimo del Premio convenuto (o importo differente in caso di ratei) con una delle modalità consentite dalla Società, nonché
- (iv) obbligarsi a pagare il Premio residuo mediante rate mensili, con il metodo di pagamento ricorrente associato al contratto assicurativo.

Durante la validità del contratto assicurativo e per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, **il Contraente dovrà comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie/Carte di Credito/Carte di Debito o revoche del servizio**

⁴ *Quando deve essere pagato il Premio?* 

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

di addebito eventualmente disposte dallo stesso. In ogni caso il Contraente può modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente sostituendolo con un altro tra quelli previsti dalla Società e indicati all'articolo A.1, recandosi in Agenzia o direttamente dalla propria Area Riservata.

A.3 Comunicazioni contrattuali

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

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

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

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

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

La Società, salvo che non riceva comunicazione di mancato addebito dell'importo dovutole, provvederà a comunicare al Contraente la copertura delle garanzie previste in Polizza e a mettere a disposizione in Area Riservata la documentazione di quietanza relativa alla mensilità per la quale è stato pagato il Premio.

Il contratto costituisce assolvimento dell'obbligo di prenotazione degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) da parte della Società nei confronti del Contraente.

B.2 Mancato addebito

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

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

- se il metodo di pagamento ricorrente fornito sia ancora valido, la Società proverà a effettuare ulteriori tentativi di addebito della rata insoluta, comunicando sempre al Contraente il loro esito;
- se il metodo di pagamento ricorrente fornito non sia più valido nel periodo di vigenza del contratto e ci siano rate di Premio insolute, il Contraente deve fornire un nuovo metodo di pagamento ricorrente tra quelli indicati all'articolo A.1; in caso contrario la concessione del frazionamento mensile è revocata e il Contraente è tenuto a pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione, con conseguente modifica del frazionamento in annuale e concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse dalla Società.

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

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

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

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

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

C. Rinnovo del contratto

Se il contratto assicurativo è stipulato senza tacito rinnovo, il Contraente che alla scadenza intende rinnovarlo - sempreché la Società mantenga la disponibilità al frazionamento del Premio in 12 rate mensili, senza oneri e con pagamento con addebito ricorrente - dovrà accettare le condizioni di rinnovo entro 8 giorni lavorativi antecedenti la scadenza del contratto, per consentire la prosecuzione dell'addebito ricorrente senza soluzione di continuità.

Nel caso in cui il metodo di pagamento ricorrente associato sia una Carta di Credito o una Carta di Debito, il predetto termine utile per l'accettazione delle condizioni di rinnovo è ridotto a 2 giorni lavorativi.

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

Se il contratto assicurativo è stipulato con tacito rinnovo:

- il Contraente, prima del pagamento del Premio di rinnovo, è tenuto a corrispondere l'importo delle rate mensili eventualmente non pagate;
- la Società revoca la concessione del frazionamento mensile se in relazione al Contraente vengano meno al momento del rinnovo uno o più dei requisiti di cui all'articolo A.2, comma (i), con conseguente obbligo di pagare il Premio di rinnovo in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento fra quelle ammesse e attivate presso l'Agenzia.

D. Modifica del frazionamento in corso di contratto

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

l'Agenzia, nei seguenti casi:

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

Art. 1.8 - Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento

Il Premio viene determinato in base alla provincia in cui l'Assicurato risiede e alla sua età. Il Premio viene adeguato annualmente in funzione dell'aumentata età dell'Assicurato secondo la seguente regola:

ETÀ'	PERCENTUALE DI INCREMENTO ANNUO DEL PREMIO
Da 0 a 14 anni	0%
Tra 14 e 15 anni	11%
Tra 15 e 19 anni	3%
Tra 19 e 20 anni	14%
Da 20° anno in poi	3%

Il premio, i massimali e le indennità sono soggetti ad adeguamento annuale in proporzione alle variazioni percentuali dell'indice Istat dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati (FOI).

L'adeguamento si effettua, per la prima volta, ponendo a confronto l'indice riportato in polizza, con quello del mese di Giugno dell'anno successivo.

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

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

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

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

E' facoltà dell'Assicurato disdire il contratto con le modalità indicate al punto "Durata dell'assicurazione/Tacito rinnovo dell'assicurazione" **entro 15 giorni dalla data di ricevimento della suddetta comunicazione.**

Si veda anche quanto previsto nell'Art. 1.10 "Aggravamento/diminuzione del rischio".

CHE OBBLIGHI HO


Art. 1.9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

La Società presta la garanzia nei termini di cui alla presente Polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza) e risultanti dal Questionario Sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa e che dovrà essere presentato sia in caso di emissione di un nuovo contratto che di sua sostituzione.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

Art. 1.10 - Aggravamento / diminuzione del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società in caso di variazione della provincia di residenza in quanto può incidere sulla valutazione del Rischio, comportando un aumento o una diminuzione del Premio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi delle disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.⁵ Nel caso in cui il trasferimento di residenza comporti una diminuzione del Rischio, se l'Assicurato comunica tale circostanza, la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile.

⁵ *Come faccio a sapere cosa prevede l'Art. 1898 del Codice Civile riguardo a ciò che accade in caso di aggravamento del Rischio in corso di contratto?* 

Per poter facilmente consultare il contenuto degli articoli del Codice Civile citati nel contratto, al fondo delle Condizioni di Assicurazione è stata inserita la sezione "NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA", nella quale è riportato il testo integrale dei suddetti articoli.

ALTRE NORME

Art. 1.11 - Modifiche dell'Assicurazione e variazione delle persone assicurate

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto. In caso di variazioni nel numero e delle generalità delle persone assicurate nel periodo di validità del contratto, qualora sussistano le condizioni di assicurabilità, si dovrà provvedere alla sostituzione del contratto.

Art. 1.12 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti **devono essere fatte con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC** (posta elettronica certificata) se l'Assicurato o il Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società.

Art. 1.13 - Altre assicurazioni

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

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

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre Assicurazioni per lo stesso Rischio nei casi di:

- Polizze stipulate a favore degli stessi Assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali Polizze sia il Contraente del presente contratto;
- garanzie Infortuni provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

In caso di Sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'articolo 1910 del Codice Civile.

Art. 1.14 - Foro competente

Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente.

Art. 1.15 - Rinvio alle norme di legge

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

Art. 1.16 - 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.

Art. 1.17 - Legislazione applicabile

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

Art. 1.18 - Regime Fiscale

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

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

Art. 1.19 - 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, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.

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

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

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

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

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

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e 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 o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

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

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet 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.

Art. 2. SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA ⁶

COSA ASSICURA

Art. 2.1 - Garanzia base


La Società si obbliga a indennizzare, sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed **entro i Massimali e nei limiti indicati in Polizza**, in caso di Malattia e di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto anche causato da colpa grave, le spese sostenute dall'Assicurato e previste dalle garanzie di seguito elencate:

- 1) Ricovero ⁷;
- 2) Alta specializzazione;
- 3) Cure oncologiche.

Si intendono inoltre sempre operanti anche le seguenti garanzie:

⁶ *Posso acquistare la Sezione Spese Sanitarie FORMULA COMPLETA in abbinamento alla Sezione Spese Sanitarie FORMULA GRANDI INTERVENTI?* 

No, le due Sezioni sono acquistabili solo in alternativa tra di loro a seconda che il Cliente preferisca usufruire di una copertura sanitaria esclusivamente per gli interventi riportati nell'elenco dell'ALLEGATO A – Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi oppure di una copertura sanitaria più ampia e completa.

⁷ *Per poter usufruire della copertura assicurativa il mio Ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con la Società?* 

No, la copertura assicurativa in caso di Ricovero opera sia per le prestazioni presso Centri Sanitari Convenzionati con la Società che per quelle presso i centri non convenzionati, variando nelle modalità di liquidazione del Sinistro (pagamento diretto da parte della Società o a rimborso dell'Assicurato) e nell'applicazione di Scoperti / Franchigie.

- 4) Second Opinion
- 5) Sindrome Metabolica
- 6) Ospedalizzazione domiciliare
- 7) Neonati
- 8) Tariffe agevolate

Art. 2.1.1 - Ricovero

Nei casi di:

- a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:
 - 1) Pre-ricovero: esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale **purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati;**
 - 2) Intervento Chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultanti dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
 - 3) Assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di Ricovero con Intervento Chirurgico;
 - 4) Rette di Degenza: **non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;**
 - 5) Accompagnatore: retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura;
 - 6) Assistenza Infermieristica individuale durante il Ricovero;
 - 7) Post-ricovero: esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura;
 - 8) Trasporto sanitario: trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con un'unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di Cura, trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e rientro alla propria abitazione **con il massimo di € 3.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona.** La presente garanzia è prestata esclusivamente a rimborso;
 - 9) Trapianti: spese previste alla lettera a) "Ricovero in Istituto di cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale" per trapianto di organi o di parte di essi, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Nel caso di donazione da vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, Intervento Chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- b) Protesi ed Ausili Ortopedici, la Società provvede al rimborso delle spese sostenute nei 360 giorni successivi ad un Sinistro verificatosi durante il periodo di validità della garanzia, per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di protesi ortopediche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano

determinato un Ricovero in Istituto di cura. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, ecc.

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di € 3.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona**, esclusivamente a rimborso;

c) Parto e aborto terapeutico

1) Parto cesareo, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui alla lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale punti 1) Pre-ricovero, 2) Intervento Chirurgico, 3) Assistenza medica, medicinali, cure, 4) Rette di Degenza, 5) Accompagnatore, 7) Post-ricovero e 8) Trasporto Sanitario **entro il limite in esso indicato**. La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di € 10.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona**.

2) Parto non cesareo e aborto terapeutico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui alla lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale punti 2) Intervento Chirurgico, 3) Assistenza medica, medicinali, cure, 4) Rette di Degenza e 8) Trasporto Sanitario **entro il limite in esso indicato**.

Relativamente alla garanzia di cui al punto 7) Post ricovero del suddetto articolo lettera a) vengono garantite esclusivamente due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto o aborto terapeutico.

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di € 3.500,00 per Annualità Assicurativa e per persona**.

d) Rimpatrio della salma, la Società, in caso di decesso dell'Assicurato durante un Ricovero all'estero provvede al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma **fino al raggiungimento di € 5.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona**.

e) Indennità sostitutiva

l'Assicurato, qualora non usufruisca delle prestazioni previste ai punti 2), 3), 4), 5), 6), 8), 9), della lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, avrà diritto ad **un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 100 giorni**.

La Società provvederà comunque al rimborso delle spese previste ai punti 1) Pre-Ricovero e 7) Post-Ricovero della suddetta lettera a).

Qualora l'Assicurato abbia subito un Intervento Chirurgico riportato nell'elenco Grandi Interventi Chirurgici dell'ALLEGATO A, l'importo giornaliero dell'Indennità sostitutiva si intende raddoppiato.

L'Indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore in caso di Trapianto e in caso di Day-Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

Art. 2.1.2 Alta Specializzazione

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto:

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/ Dacriocistotac

- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

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

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

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

La garanzia è prestata **nei limiti dello specifico Massimale indicato in Polizza per Annualità Assicurativa**.

Art. 2.1.3 - Cure Oncologiche

La Società provvede al pagamento delle spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di Ricovero o Day-Hospital che in regime di extraricovero) nei casi di Malattia Oncologica.

Si intendono incluse in garanzia le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.

La garanzia è prestata **nei limiti dello specifico Massimale indicato in Polizza per Annualità Assicurativa**

Art. 2.1.4 - Second Opinion

La Società si avvale di Teladoc Health International e della sua struttura organizzativa per l'erogazione all'Assicurato dei seguenti servizi:

- a) Consulenza Internazionale: rilascio di un referto scritto da parte dei medici associati a Teladoc Health International specialisti nella specifica patologia, reso sulla base dell'analisi dei referti medici prodotti dall'Assicurato e dell'esame dei principali risultati diagnostici presentati. La relazione scritta includerà una

sintesi delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.

- b) Trova il miglior Medico: contatto con un **massimo di tre specialisti** esperti nel trattamento di una delle malattie sotto indicate. Teladoc Health International ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, per quanto possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
- c) Trova la migliore Cura: organizzazione di tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio di assistenza telefonica all'Assicurato 24 ore su 24. Inoltre Teladoc Health International supervisiona il corretto addebito delle prestazioni, garantendo che la fatturazione sia esatta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Teladoc Health International consente sconti significativi sulle tariffe mediche.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato richieda alla Società una verifica circa il responso ottenuto dai sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad un'impostazione terapeutica per le seguenti patologie:

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

Art. 2.1.5 - Sindrome Metabolica

La Società riconosce i seguenti parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica:

Sindrome Metabolica "non conclamata"

Con l'espressione Sindrome Metabolica "non conclamata" si intende la condizione clinica di persone che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi/parametri moderatamente alterati, come indicato di seguito:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri [kg/m²]) inferiore a 30;
- Pressione arteriosa tra 130 e 139,99 mmHg (massima) e tra 80 e 89,99 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno tra 110 e 125,99 mg/dl;
- Colesterolemia totale tra 200 e 239,99 mg/dl;
- Colesterolo HDL tra 35 e 39,99 mg/dl per l'uomo e tra 40 e 49,99 mg/dl per la donna;
- Trigliceridi tra 150 mg/dl e 199,99 mg/dl.

Sindrome Metabolica "conclamata"

Con l'espressione Sindrome Metabolica "conclamata" si intende la condizione clinica di persone che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri [kg/m²]) superiore o uguale a 30;
- Pressione arteriosa superiore o uguale a 140 mmHg (massima) e 90 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno superiore o uguale a 126 mg/dl;
- Colesterolemia totale superiore o uguale a 240 mg/dl;
- Colesterolo HDL inferiore a 35 mg/dl per l'uomo e 40 mg/dl per la donna;
- Trigliceridi superiori o uguali a 200 mg/dl.

La Società al fine di appurare l'eventuale sussistenza in capo all'Assicurato di uno degli stati della Sindrome Metabolica e degli specifici fattori di rischio, correlati spesso allo stile di vita della persona o a situazioni patologiche preesistenti, tali da determinare una situazione clinica ad alto rischio cardiovascolare, mette a disposizione dell'Assicurato le prestazioni di prevenzione di seguito elencate:

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Glicemia
- Trigliceridi

L'Assicurato deve pertanto rivolgersi a uno dei Centri Sanitari Convenzionati⁸, previa prenotazione presso la Centrale Operativa.

Successivamente, **l'Assicurato deve provvedere alla compilazione e all'invio dello specifico questionario** messo a sua disposizione sul sito di UniSalute www.unisalute.it.

A questo punto, la Società a seguito della valutazione dei dati contenuti nel questionario, provvede:

- a) nel caso in cui risulti che l'Assicurato non si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica, a comunicare semplicemente l'esito della verifica tramite e-mail;
- b) nel caso in cui risulti che l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", a comunicargli l'esito delle valutazioni tramite e-mail ed a mettergli a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. In tal caso all'Assicurato verranno fornite alcune indicazioni utili a consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc.;

l'Assicurato potrà inoltre autorizzare la Società a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sull'effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica on-line personale in cui egli potrà registrare questi parametri. La presente garanzia verrà prestata per due anni, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

- c) nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata", un medico di UniSalute comunicherà all'Assicurato che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

La garanzia opera una sola volta per Annualità Assicurativa e in un'unica soluzione.

Art. 2.1.6 - Ospedalizzazione domiciliare

La Società, esclusivamente mediante l'utilizzo della rete convenzionata UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un Ricovero indennizzabile a termini di Polizza..

UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

⁸ *Come faccio a sapere quali sono i Centri Sanitari Convenzionati?*



Per conoscere l'elenco dei Centri Sanitari Convenzionati e dei medici convenzionati è sufficiente consultare il sito www.unisalute.it.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento di € 5.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona.

Art. 2.1.7 - Neonati

Nei primi 60 giorni di vita i neonati sono assicurati per le identiche garanzie e somme previste per la madre **sempreché il parto sia indennizzabile ai termini di Polizza**. Per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici.

Art. 2.1.8 - Tariffe agevolate⁹

La Società garantisce all'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso le strutture sanitarie e/o equipe mediche convenzionate con UniSalute.

La garanzia si intende operante in caso di esaurimento del Massimale dedicato per le prestazioni garantite in Polizza, sia in caso di prestazioni non espressamente previste o escluse in Polizza.

Resta inteso che l'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa per effettuare la prenotazione della prestazione, al fine di ottenere l'autorizzazione all'utilizzo delle tariffe agevolate.

Il costo di queste prestazioni si intende totalmente a carico dell'Assicurato.


La garanzia è operante in Italia .

COSA NON ASSICURA

Art. 2.2 – Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni e di malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società o non evidenziati nel Questionario Sanitario con dolo o colpa grave;
- b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono altresì escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
- c) la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- f) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- g) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;

⁹ Posso usufruire di condizioni particolari se mi rivolgo a strutture sanitarie convenzionate con UniSalute anche per prestazioni non incluse nella mia copertura assicurativa? 

Si, contattando preventivamente la Centrale Operativa, collegandosi al sito www.unisalute.it o tramite APP, potrà prenotare la prestazione e vedersi applicata la tariffa agevolata prevista per chi è assicurato con il prodotto UniSalute SALUTE SPESE MEDICHE SANICARD.

- h) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
- i) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- k) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale;
- l) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- n) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto all'Art. 2.4.1 Garanzia Plus lettere d) ed e) e quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- p) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- q) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- r) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- s) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Art. 2.3 - Persone non assicurabili

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

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

Qualora in corso di contratto uno degli Assicurati raggiunga il limite di età di 75 anni, limitatamente a questa persona, le prestazioni previste da questa Sezione cessano alla scadenza annuale successiva al compimento di detta età.

COME PERSONALIZZARE¹⁰

Art. 2.4 - Garanzie Supplementari (a pagamento)

Il Contraente può scegliere di acquistare il pacchetto di garanzie di seguito proposte; il pacchetto di garanzie previste sarà operante **solo se indicato in Polizza e ne sia stato pagato il relativo Premio.**

¹⁰ *Posso personalizzare la mia copertura assicurativa?*



Si, poiché ogni Cliente ha la propria sensibilità e le proprie esigenze assicurative. C'è chi preferisce una copertura essenziale, sufficientemente ampia ma più economica e c'è chi desidera invece arricchire la copertura acquistando ulteriori garanzie. A tal fine nell'area "Come personalizzare" è possibile scegliere tra Garanzie Supplementari che ampliano la copertura assicurativa.

Sempre nell'ottica della personalizzazione è possibile scegliere Condizioni Specifiche che consentono di modellare l'operatività di Franchigie e Massimali, così da ottenere riduzioni di Premio.

Art. 2.4.1 – Garanzia Plus

La Società provvede al pagamento, entro i Massimali e nei limiti sotto indicati, delle spese sostenute per:

- a) Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici non connesse al Ricovero e conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza **con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**
Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di € 5.000,00 per persona e per Annualità Assicurativa.**

- b) Trattamenti Fisioterapici a seguito di Infortunio ed esclusivamente a fini riabilitativi, **sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente all'Infortunio denunciato e siano effettuati da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.**

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

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di € 350,00 per persona e per Annualità Assicurativa.**

- c) Prevenzione¹¹: prestazioni sotto elencate effettuate **esclusivamente in Centri Sanitari Convenzionati** indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Prestazioni previste per gli uomini

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Visita Urologica + PSA (oltre i 40 anni)

Prestazioni previste per le donne

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL

¹¹ *Per utilizzare le prestazioni di prevenzione è necessario che io abbia sofferto o soffra tuttora di una patologia?*



No, l'utilizzo delle prestazioni di prevenzione non è collegato all'esistenza di una qualsiasi patologia - o anche solo di una sua predisposizione - essendo finalizzato proprio ad evitare l'insorgenza di stati patologici.

- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Visita Ginecologica + Pap-Test (oltre i 40 anni)

La garanzia opera una sola volta per Annualità Assicurativa e in un'unica soluzione.

Le prestazioni si intendono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

d) Prevenzione Odontoiatrica: prestazioni sotto elencate effettuate **esclusivamente in Centri Sanitari Convenzionati** indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di € 60,00 per persona;**
- Visita specialistica odontoiatrica.

La garanzia opera una sola volta per Annualità Assicurativa.

e) Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero: spese sostenute per gli interventi chirurgici odontoiatrici compresi gli eventuali successivi interventi di implantologia dentale, conseguenti alle patologie sotto elencate:

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

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

La documentazione medica necessaria per ottenere la liquidazione delle spese consiste in:

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

La presente garanzia è operante esclusivamente presso Centri Sanitari Convenzionati.

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di € 1.500,00 per Annualità Assicurativa e per persona.**

Art. 2.5 – Condizioni Specifiche (con sconto)

Il Contraente può scegliere di acquistare le Condizioni Specifiche di seguito proposte; **le condizioni sono operanti solo se indicate in Polizza.**

Art. 2.5.1 - Franchigia su Ricoveri, Day-Hospital e Interventi Chirurgici Ambulatoriali in Istituto di Cura

Intervento Chirurgico Ambulatoriale delle Modalità di erogazione delle prestazioni, nei limiti e modalità sotto indicati, provvede:

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata, **previa deduzione della Franchigia di € 1.500,00 per ogni Ricovero, Day-Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
- a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Equipe Medica Convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'Art. 2.1.1 Ricovero, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- b) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata, **previa deduzione della Franchigia di € 1.500,00 per ogni Ricovero, Day hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
- a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata, **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di € 1.000,00 ed un massimo di € 4.500,00 a carico dell'Assicurato;**
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'Art. 2.1.1 Ricovero, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- c) nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e dallo stesso sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di € 3.000,00 ed un massimo di € 6.000,00 a carico dell'Assicurato;**
- d) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso in regime di intramoenia, a rimborsare all'Assicurato, **previa deduzione della Franchigia di € 1.500,00 per ogni Ricovero, Day hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale**, le spese eccedenti riconosciute e sostenute in proprio;
- e) nel caso di Emergenza o per particolari necessità mediante accordo preventivo, in quest'ultimo caso, con la Società, a rimborsare all'Assicurato, **previa deduzione della Franchigia di € 1.500,00 per ogni Ricovero, Day hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale** le spese riconosciute e sostenute in proprio quando lo stesso debba ricorrere a centri sanitari non convenzionati con la Società.

Art. 2.5.2 - Massimale unico per Nucleo Familiare

I Massimali indicati in Polizza devono intendersi prestati per gli Assicurati appartenenti al medesimo Nucleo Familiare e **costituiscono la massima esposizione della Società per uno o più Sinistri verificatisi nel corso della stessa Annualità Assicurativa.**

COME ASSICURA

Art. 2.6 - Massimale

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni previste ai seguenti punti:

- Art. 2.1.1 Ricovero,
- Art. 2.1.2 Alta specializzazione,
- Art. 2.1.3 Cure oncologiche

è indicato in Polizza.

Qualora l'Assicurato abbia subito un Intervento Chirurgico riportato nell'elenco Grandi Interventi Chirurgici dell'ALLEGATO A, il Massimale riportato in Polizza e riferito all'Art. 2.1.1 Ricovero, si intende raddoppiato.

Art. 2.7 - Modalità di erogazione delle prestazioni¹²

La Società, nei limiti e modalità sotto indicati, provvede:

Art. 2.7.1 - Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata
- a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Equipe Medica Convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'Art. 2.1.1 - Ricovero, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- b) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata
- a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di € 1.000,00 ed un massimo di € 6.000,00 a carico dell'Assicurato;**
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'Art. 2.1.1 - Ricovero, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;
- c) nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati, a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di € 1.000,00 ed un massimo di € 6.000,00 a carico dell'Assicurato;**
- d) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso in regime di intramoenia, a rimborsare all'Assicurato le spese eccedenti riconosciute e sostenute in proprio;
- e) nel caso di Emergenza o per particolari necessità mediante accordo preventivo, in quest'ultimo caso, con la Società, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio quando lo stesso debba ricorrere a centri sanitari non convenzionati con la Società.

Art. 2.7.2 - Parto e Aborto Terapeutico

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Equipe Medica Convenzionata l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute;
- b) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata o di centri sanitari non convenzionati, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio.

Art. 2.7.3 - Alta Specializzazione

¹² *Come faccio a ricordarmi le delimitazioni e le modalità di liquidazione presenti nella Formula Completa?* 

Per avere un quadro riassuntivo chiaro su delimitazioni e modalità liquidative della Formula Completa, nonché su Scoperti e Franchigie se presenti, è sufficiente consultare l'apposita tabella di sintesi che si trova al fondo della Sezione.

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le spese per le prestazioni erogate;
- b) nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati, a rimborsare le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni prestazione/accertamento o ciclo di terapia;**
- c) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 2.7.4 - Cure Oncologiche

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Equipe Medica Convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute;
- b) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata o di centri sanitari non convenzionati, a rimborsare le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica, prestazione/Accertamento Diagnostico o ciclo di terapia;**
- c) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 2.7.5 - Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le spese per le prestazioni erogate;
- b) nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati, a rimborsare le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni prestazione/accertamento;**
- c) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 2.7.6 - Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi a seguito di Infortunio

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati e di personale convenzionato, a pagare direttamente le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato;
- b) nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionate e/o personale non convenzionato, a rimborsare, previa valutazione del programma medico/riabilitativo, le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni fattura;** c) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 2.7.7 - Prevenzione, Prevenzione Odontoiatrica e Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero

a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.

Art. 2.8 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia base	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Centro e Equipe Medica Convenzionati	Centro Convenzionato e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	Centro e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	SSN o centri convenzionati con esso
<p>Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale</p> <p>(Massimale indicato in Polizza)</p>	<p>Pre-ricovero massimo 120 giorni</p> <p>Post-ricovero massimo 120 giorni</p> <p>Trasporto Sanitario €3.000 per Annualità Assicurativa e persona</p> <p>Protesi ed Ausili Ortopedici €3.000 per Annualità Assicurativa e persona</p> <p>Rimpatrio della salma €5.000 per Annualità Assicurativa e persona</p> <p>Indennità sostitutiva €100 (200 € se Grande Intervento) al giorno massimo 100 giorni</p>	<p>Pagamento diretto spese</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post-ricovero</p>	<p>Centro Convenzionato pagamento diretto spese</p> <p>Equipe NON convenzionata: rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 1.000 massimo € 6.000</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post-ricovero</p>	<p>Rimborso delle spese, Scoperto 20% minimo € 1.000 massimo € 6.000</p>	<p>Rimborso delle spese sostenute in proprio</p>
<p>Parto e aborto terapeutico</p>	<p>Parto cesareo €10.000 per Annualità Assicurativa e persona</p> <p>Parto non cesareo e aborto €3.500 per Annualità Assicurativa e persona</p>	<p>Pagamento diretto spese</p>	<p>Rimborso delle spese</p>	<p>Rimborso delle spese sostenute in proprio</p>	<p>Rimborso delle spese sostenute in proprio</p>

Alta specializzazione (Massimale indicato in Polizza)	-	Pagamento diretto spese	-	Rimborso con scoperto del 20% minimo € 60	Rimborso ticket sanitario
Cure Oncologiche (Massimale indicato in Polizza)	-	Pagamento diretto spese	Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 60		Rimborso ticket sanitario
Ospedalizzazione domiciliare	€5.000 per Annualità Assicurativa e persona, massimo 120 giorni	Pagamento diretto spese	-	-	-

Garanzia Plus	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Centro e Equipe Medica Convenzionati	Centro Convenzionato e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	Centro e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	SSN o centri convenzionati con esso
Visite specialistiche e Accertamenti Diagnostici	€5.000 per Annualità Assicurativa e persona	Pagamento diretto spese	-	Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 60	Rimborso ticket sanitario
Trattamenti fisioterapici	€350 per Annualità Assicurativa e persona	Pagamento diretto spese	-	Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 60	Rimborso ticket sanitario
Prevenzione odontoiatrica	€ 60 per Annualità Assicurativa e persona	Pagamento diretto spese	-	-	-
Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero	€1.500 per Annualità Assicurativa e persona	Pagamento diretto spese	-	-	Rimborso ticket sanitario

Condizione specifica	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Centro e Equipe Medica Convenzionati	Centro Convenzionato e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	Centro e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	SSN o centri convenzionati con esso
Franchigia € 1.500	-	Pagamento diretto delle spese	Centro Convenzionato pagamento diretto spese Equipe NON convenzionata: Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 1.000 massimo € 4.500 Rimborso delle spese Pre e Post Ricovero	Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 3.000 massimo € 6.000	Rimborso delle spese sostenute in proprio

Art. 3 SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA GRANDI INTERVENTI ^{13 14}

COSA ASSICURA

Art. 3.1 - Garanzia base

La Società si obbliga a indennizzare, sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed **entro i Massimali e nei limiti indicati in Polizza**, in caso di Malattia e di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto anche causato da colpa grave, le spese sostenute dall'Assicurato e previste dalle garanzie di seguito elencate:


1) Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso ^{15 16}

¹³ *Posso acquistare la Sezione Spese Sanitarie FORMULA GRANDI INTERVENTI in abbinamento alla Sezione Spese Sanitarie FORMULA COMPLETA?* 


No, le due Sezioni sono acquistabili solo in alternativa tra di loro a seconda che il Cliente preferisca usufruire di una copertura sanitaria esclusivamente per gli interventi riportati nell'elenco dell'ALLEGATO A – Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi oppure di una copertura sanitaria più ampia e completa.

¹⁴ *La copertura assicurativa prevista dalla sezione opera solo in caso di Grande Intervento Chirurgico?* 

No, la copertura assicurativa è operativa anche per Grave Evento Morboso e prevede altresì garanzie non necessariamente legate a un Grande Intervento Chirurgico (vedasi Second Opinion, Sindrome Metabolica, Ospedalizzazione Domiciliare e Tariffe Agevolate).

¹⁵ *Come faccio a sapere quali sono i Grandi Interventi Chirurgici e i Gravi Eventi Morbosi oggetto della copertura assicurativa?* 

Tutti gli interventi chirurgici e le patologie rientranti in questa copertura sono riportati nell'ALLEGATO A alle Condizioni di assicurazione.

¹⁶ *Per poter usufruire della copertura assicurativa il mio Ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con la Società?* 

No, la copertura assicurativa in caso di Ricovero opera sia per le prestazioni presso Centri Sanitari Convenzionati con la Società che per quelle presso i centri non convenzionati, variando nelle modalità di liquidazione del Sinistro (pagamento diretto da parte della Società o a rimborso dell'Assicurato) e nell'applicazione di Scoperti / Franchigie.

Si intendono inoltre sempre operanti le seguenti garanzie:

- 2) Second Opinion
- 3) Sindrome Metabolica
- 4) Ospedalizzazione Domiciliare
- 5) Tariffe agevolate

Art. 3.1.1 - Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso

Nei casi di:

- a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:
 - 1) Pre-ricovero: esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital, **purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati;**
 - 2) Intervento Chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultanti dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
 - 3) Assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di Ricovero con Intervento Chirurgico;
 - 4) Rette di Degenza; non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
 - 5) Accompagnatore: retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura;
 - 6) Assistenza Infermieristica individuale durante il Ricovero;
 - 7) Post-ricovero: esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura;
 - 8) Trasporto Sanitario: trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con un'unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di Cura, trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e rientro alla propria abitazione **con il massimo di € 3.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona**. La presente garanzia è prestata esclusivamente a rimborso;
 - 9) Trapianti: spese previste alla lettera a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso per trapianto di organi o di parte di essi, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Nel caso di donazione da vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, Intervento Chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;

b) Protesi ed Ausili Ortopedici, la Società provvede al rimborso delle spese sostenute nei 360 giorni successivi ad un Sinistro verificatosi durante il periodo di validità della garanzia, per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di protesi ortopediche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di cura. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodì, plantari, ecc.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento di € 3.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona, esclusivamente a rimborso;

c) Indennità sostitutiva, l'Assicurato qualora non usufruisca delle prestazioni previste ai punti 2), 3), 4), 5), 6), 8) e 9) del presente articolo lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso avrà diritto **ad una indennità di € 150,00 per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 100 giorni.**

La Società provvederà comunque al rimborso delle spese previste ai punti 1) Pre-Ricovero e 7) Post-Ricovero del suddetto articolo lettera a).

L'Indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore in caso di Trapianto e in caso di Day-Hospital .

Art. 3.1.2 - Second Opinion

La Società si avvale di Teladoc Health International e della sua struttura organizzativa per l'erogazione all'Assicurato dei seguenti servizi:

- a) Consulenza Internazionale: rilascio di un referto scritto da parte dei medici associati a Teladoc Health International specialisti nella specifica patologia, reso sulla base dell'analisi dei referti medici prodotti dall'Assicurato e dell'esame dei principali risultati diagnostici presentati. La relazione scritta includerà una sintesi delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.
- b) Trova il miglior Medico: contatto con un **massimo di tre specialisti** esperti nel trattamento di una delle malattie sotto indicate. Teladoc Health International ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, per quanto possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
- c) Trova la migliore Cura: organizzazione di tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio di assistenza telefonica all'Assicurato 24 ore su 24. Inoltre Teladoc Health International supervisiona il corretto addebito delle prestazioni, garantendo che la fatturazione sia esatta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Teladoc Health International consente sconti significativi sulle tariffe mediche.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato richieda alla Società una verifica circa il responso ottenuto dai sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad un'impostazione terapeutica per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola
- Insufficienza renale
- Trapianto di organo

- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Art. 3.1.3 - Sindrome Metabolica

La Società riconosce i seguenti parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica:

Sindrome Metabolica “non conclamata”

Con l'espressione Sindrome Metabolica “non conclamata” si intende la condizione clinica di persone che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi/ parametri moderatamente alterati, come indicato di seguito:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri [kg/m²]) inferiore a 30;
- Pressione arteriosa tra 130 e 139,99 mmHg (massima) e tra 80 e 89,99 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno tra 110 e 125,99 mg/dl;
- Colesterolemia totale tra 200 e 239,99 mg/dl;
- Colesterolo HDL tra 35 e 39,99 mg/dl per l'uomo e tra 40 e 49,99 mg/dl per la donna;
- Trigliceridi tra 150 mg/dl e 199,99 mg/dl.

Sindrome Metabolica “conclamata”

Con l'espressione Sindrome Metabolica “conclamata” si intende la condizione clinica di persone che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri [kg/m²]) superiore o uguale a 30;
- Pressione arteriosa superiore o uguale a 140 mmHg (massima) e 90 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno superiore o uguale a 126 mg/dl;
- Colesterolemia totale superiore o uguale a 240 mg/dl;
- Colesterolo HDL inferiore a 35 mg/dl per l'uomo e 40 mg/dl per la donna;
- Trigliceridi superiori o uguali a 200 mg/dl.

La Società al fine di appurare l'eventuale sussistenza in capo all'Assicurato di uno degli stati della Sindrome Metabolica e degli specifici fattori di rischio, correlati spesso allo stile di vita della persona o a situazioni patologiche preesistenti, tali da determinare una situazione clinica ad alto rischio cardiovascolare, mette a disposizione dell'Assicurato le prestazioni di prevenzione di seguito elencate:

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Glicemia
- Trigliceridi

L'Assicurato deve pertanto rivolgersi a uno dei Centri Sanitari Convenzionati ¹⁷, previa prenotazione presso la Centrale Operativa.

Successivamente, **l'Assicurato deve provvedere alla compilazione e all'invio dello specifico questionario**, messo a sua disposizione sul sito di UniSalute www.unisalute.it.

A questo punto a seguito della valutazione dei dati contenuti nel questionario, provvede:

- a) nel caso in cui risulti che l'Assicurato non si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica, a comunicare semplicemente l'esito della verifica tramite e-mail;
- b) nel caso in cui risulti che l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", a comunicargli l'esito delle valutazioni tramite e-mail ed a mettergli a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. In tal caso all'Assicurato verranno fornite alcune indicazioni utili a consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc.;

l'Assicurato potrà inoltre autorizzare la Società a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sull'effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica on-line personale in cui egli potrà registrare questi parametri. La presente garanzia verrà prestata per due anni, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.

- c) nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata", un medico di UniSalute comunicherà all'Assicurato che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

La garanzia opera una sola volta per Annualità Assicurativa e in un'unica soluzione.

Art. 3.1.4 - Ospedalizzazione domiciliare

La Società, esclusivamente mediante l'utilizzo della rete convenzionata UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un Ricovero indennizzabile a termini di Polizza.

UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La garanzia è prestata **fino al raggiungimento di € 5.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona.**


Art. 3.1.5 - Tariffe agevolate ¹⁸

La Società garantisce all'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso le strutture sanitarie e/o equipe mediche convenzionate con UniSalute.


La garanzia si intende operante sia in caso di esaurimento del Massimale dedicato per le prestazioni garantite in Polizza, sia in caso di prestazioni non espressamente previste o escluse in Polizza.

Resta inteso che l'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa per effettuare la prenotazione della prestazione, al fine di ottenere l'autorizzazione all'utilizzo delle tariffe agevolate.

Il costo di queste prestazioni si intende totalmente a carico dell'Assicurato.

¹⁷ *Come faccio a sapere quali sono i Centri Sanitari Convenzionati?* 

Per conoscere l'elenco dei Centri Sanitari Convenzionati e dei medici convenzionati è sufficiente consultare il sito www.unisalute.it.

¹⁸ *Posso usufruire di condizioni particolari se mi rivolgo a strutture sanitarie convenzionate con UniSalute anche per prestazioni non incluse nella mia copertura assicurativa?* 

Sì, contattando preventivamente la Centrale Operativa, collegandosi al sito www.unisalute.it o tramite APP, potrà prenotare la prestazione e vedersi applicata la tariffa agevolata prevista per chi è assicurato con il prodotto UniSalute SPESE MEDICHE SANICARD.

La garanzia è operante in Italia.

COSA NON ASSICURA

Art. 3.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni e di malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società o non evidenziati nel Questionario Sanitario con dolo o colpa grave;
- b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono altresì escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
- c) la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- f) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- g) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- h) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
- i) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- k) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale;
- l) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- n) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto all'Art. 2.4.1 Garanzia Plus lettere d) ed e) e quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- p) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- q) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- r) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- s) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Art. 3.3 - Persone non assicurabili

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

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

COME ASSICURA

Art. 3.4 - Massimale

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni previste per la Sezione Spese Sanitarie Formula Grandi Interventi è indicato in Polizza.

Art. 3.5 - Modalità di erogazione delle prestazioni ¹⁹

La Società, nei limiti e modalità sotto indicati, provvede:

Art. 3.5.1 - Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata:
- a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Equipe Medica Convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'Art. 3.1.1 - Ricovero per Grande Intervento e Grave Evento Morboso, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso;
- b) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata:
- a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata con **l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di € 1.000,00 ed un massimo di € 6.000,00 a carico dell'Assicurato;**
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'Art. 3.1.1 - Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso;
- c) nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati, a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di € 1.000,00 ed un massimo di € 6.000,00 a carico dell'Assicurato.**

¹⁹ *Come faccio a ricordarmi le delimitazioni e le modalità di liquidazione presenti nella Formula Grandi Interventi?*



Per avere un quadro riassuntivo chiaro su delimitazioni e modalità liquidative della Formula Grandi Interventi, nonché su Scoperti se presenti, è sufficiente consultare l'apposita tabella di sintesi che si trova al fondo della Sezione.

- d) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso con esso in regime di intramoenia, a rimborsare all'Assicurato le spese eccedenti riconosciute e sostenute in proprio;
- e) nel caso di Emergenza o per particolari necessità mediante accordo preventivo, in quest'ultimo caso, con la Società, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio quando lo stesso debba ricorrere a centri sanitari non convenzionati con la Società.

Art. 3.6 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia base	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Centro e Equipe Medica Convenzionati	Centro Convenzionato e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	Centro e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	SSN o centri convenzionati con esso
Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso (Massimale indicato in Polizza)	<p>Pre-ricovero massimo 120 giorni</p> <p>Post-ricovero massimo 120 giorni</p> <p>Trasporto Sanitario €3.000 per Annualità Assicurativa e persona</p> <p>Protesi €3.000 per Annualità Assicurativa e persona</p> <p>Indennità sostitutiva €150 al giorno massimo 100 giorni</p>	<p>Pagamento diretto spese</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post-ricovero</p>	<p>Centro Convenzionato pagamento diretto spese</p> <p>Equipe NON convenzionata Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 1.000 massimo € 6.000</p> <p>Rimborso delle spese Pre e Post-Ricovero</p>	<p>Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 1.000 massimo € 6.000</p>	<p>Rimborso delle spese sostenute in proprio</p>

Ospedalizzazione domiciliare	€5.000 per Annualità Assicurativa e persona, massimo 120 giorni	Pagamento diretto spese	-	-	-
------------------------------	---	-------------------------	---	---	---

Art. 4. SEZIONE ASSISTENZA

COSA ASSICURA

Art. 4.1 - Garanzia base

La Società si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, **con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti.** ²⁰

²⁰ Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?  

Per l'erogazione delle garanzie e dei servizi di Assistenza previsti sul contratto occorre sempre rivolgersi preventivamente alla Centrale Operativa o alla Struttura Organizzativa di UniSalute richiedendo l'aiuto necessario con le seguenti modalità:

Prestazioni di consulenza erogate in Italia

Nel caso di richiesta delle prestazioni di consulenza di cui alle lettere a) e b), l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa di UniSalute:

- *al numero verde 800-009929 se in Italia*
- *al numero +39 051-6389046 se dall'estero*

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: Lun. - Ven. (8:30 - 19:30) esclusi i festivi.

Prestazioni di Assistenza erogate in Italia

Nel caso di richiesta delle prestazioni di Assistenza in Italia di cui alle lettere da c) a f), l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A:

- *al numero verde 800-212477 se in Italia*
- *al numero +39 051-6389048 se dall'estero*

specificando la prestazione richiesta. Le prestazioni sono rese tutti i giorni 24 ore su 24.

Prestazioni di Assistenza erogate all'estero

Nel caso di richiesta delle prestazioni di Assistenza all'estero di cui alle lettere da g) a m), l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A al numero +39 051-4161781. Le prestazioni sono rese tutti i giorni 24 ore su 24.

Per i dettagli vedasi più avanti in "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri" – "Norme per la Sezione ASSISTENZA".

Prestazioni di consulenza erogate in Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute **telefonando al numero verde 800-009929 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.**

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 051-6389046

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

Prestazioni di Assistenza erogate in Italia

Le seguenti Prestazioni di Assistenza vengono fornite dalla Struttura Organizzativa di UniSalute, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, telefonando al numero verde 800-212477.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 051-6389048.

c) Pareri medici immediati

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia, necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Struttura Organizzativa fornirà, tramite i propri medici, le informazioni e i consigli richiesti.

d) Invio di un medico

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

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

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia, necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà una autoambulanza, tenendo a proprio carico la spesa relativa nel **limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.**

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati.

- aereo sanitario;

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura Organizzativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

Prestazioni di Assistenza erogate all'estero

Le seguenti Prestazioni di Assistenza vengono erogate tramite Struttura Organizzativa di UniSalute, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, telefonando al numero +39 051-4161781.

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia, necessiti di un ricovero in Istituto di Cura per un periodo superiore a 10 giorni, la struttura organizzativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno. La Società tiene a proprio carico le spese di soggiorno **fino ad un massimo di € 100 per Sinistro**.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

Il costo di acquisto dei medicinali si intende a carico dell'Assicurato.

i) Rimpatrio sanitario

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

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

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla struttura organizzativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

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

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

j) Interprete a disposizione

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero all'estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, la struttura organizzativa provvede ad inviare un interprete, tenendo a proprio carico le spese relative **fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento e per Annualità Assicurativa.**

k) Rientro di minori

Nel caso in cui i figli minori di 15 anni dell'Assicurato si trovino senza un accompagnatore maggiorenne a seguito del ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero, la struttura organizzativa provvederà ad organizzarne il rientro al domicilio dell'Assicurato. La Società tiene a proprio carico le relative spese **fino al raggiungimento di € 500,00 per Sinistro.**

l) Rientro dall'estero

La Struttura Organizzativa provvede al rientro dell'Assicurato con accompagnamento di un parente residente in Italia mettendogli a disposizione un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, per accompagnare l'Assicurato stesso, dimesso dall'Istituto di Cura, alla propria abitazione e qualora non sia necessaria l'assistenza di personale medico e paramedico.

m) Rientro anticipato

La Struttura Organizzativa provvede ad organizzare il rientro anticipato dell'Assicurato alla sua abitazione, in caso di pericolo di vita del coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero dell'Assicurato stesso. Il costo del biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe) è a carico della Società.

Art. 4.2 – Delimitazioni

La Società:

- non si assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo ritardato o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato;
- non riconosce rimborsi né importi compensativi relativi a coperture delle quali l'Assicurato non ha usufruito per sua scelta o perché non ne ha avuto la necessità;
- non riconosce rimborsi, né indennizzi compensativi, per prestazioni organizzate da altre compagnie di assicurazione o da altri enti o che non siano state richieste, in fase di erogazione dell'assistenza, alla Centrale Operativa e da queste organizzate;
- non risponde dei fatti dolosi o colposi di professionisti dalla stessa incaricati di erogare le consulenze telefoniche ed è estranea ad ogni eventuale controversia che insorgesse tra l'Assicurato e tale professionista.

COSA NON ASSICURA

Art. 4.3 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le esclusioni previste agli Artt. 2.2 Esclusioni e 3.2 Esclusioni del presente Contratto.

La Centrale Operativa non eroga:

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

COME ASSICURA

Art 4.4 - Pagamento delle Prestazioni

La Società sostiene i costi delle sole Prestazioni di Assistenza indispensabili ad aiutare l'Assicurato ad affrontare la situazione di difficoltà che si è verificata, fino al momento in cui tale difficoltà cessa e comunque **entro i limiti e nel rispetto dei Massimali di spesa stabiliti dal contratto.**

I costi eccedenti i limiti di spesa che la Società si impegna a tenere a proprio carico gravano sull'Assicurato che deve pagarli direttamente al soggetto che eroga materialmente la Prestazione di Assistenza o alla Società, nel caso che li abbia per suo conto anticipati.

Se l'Assicurato non accetta di corrispondere l'eccedenza, la Società eroga la Prestazione di Assistenza solo nei limiti di quanto reso possibile dal Massimale previsto. In alternativa, la Società rimborsa la spesa da lui sostenuta per procurarsi autonomamente la Prestazione precedentemente richiesta alla Centrale

Operativa/Struttura Organizzativa, **entro i limiti e i Massimali previsti da ciascuna Prestazione di Assistenza. In tal caso l'Assicurato deve produrre l'originale dei documenti fiscali a dimostrazione che ha effettivamente sostenuto la spesa.**

La Società rimborsa esclusivamente le spese che l'Assicurato abbia sostenuto se:

- siano state preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa/Struttura Organizzativa;
- siano conseguenti ad interventi disposti dalle pubbliche autorità;
- lo stesso non abbia potuto richiedere immediatamente la Prestazione di Assistenza per cause di forza maggiore;
- le procedure da seguire per la sua attivazione impediscono alla Società di pagarle direttamente al fornitore incaricato.

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

Art. 4.5 - Validità territoriale

L'assicurazione ha validità territoriale a seconda delle Prestazioni erogate, come indicato all'Art. 4.1 – Garanzia base.

TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

Garanzia base	Limiti / Sottolimiti	Franchigie e/o Scoperti
Rientro dal ricovero di primo soccorso	Importo pari a quello necessario per compiere un percorso di 300 Km per evento	-
Viaggio di un familiare all'estero	Spese di soggiorno fino ad un massimo di € 100 per sinistro	-
Interprete a disposizione	Fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento/Annualità assicurativa	-
Rientro figli minori	Fino a € 500 per Sinistro	Se minore di 15 anni

Art. 5. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

NORME PER LE SEZIONI SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA E FORMULA GRANDI INTERVENTI

Art. 5.1 - Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- presentare denuncia alla Società secondo quanto previsto all'Art. 5.2 lettera a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata, lettera b) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata e lettera c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso;
- mettere a disposizione della Società, ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare il Sinistro;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle spese (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.);
- fornire tutta la Documentazione Sanitaria in copia fotostatica, o in originale se richiesta, necessaria per consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

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

Art. 5.2 - Modalità di utilizzo della copertura

- a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata
- Quando il Contraente di Polizza è una persona fisica, l'Assicurato, per il tramite del Contraente, deve preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni utilizzando l'APP "UniSalute Up" scaricabile direttamente su App Store e Play Store.
- È data facoltà all'Assicurato di impedire in qualsiasi momento la visualizzazione dei propri dati al Contraente. Tutte le informazioni relative alla procedura di gestione delle opzioni di visualizzazione dei dati sono reperibili sul sito www.unisalute.it nella sezione dedicata al prodotto.

Qualora l'Assicurato decida di attivare l'opzione di impedimento di visualizzazione dei dati, potrà usufruire dei servizi di prenotazione e richiesta rimborso che non prevedono l'utilizzo dell'APP "UniSalute Up".

In alternativa all'utilizzo dell'APP e in ogni caso per le prestazioni non gestibili tramite APP l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute specificando la prestazione richiesta

- al numero verde gratuito 800-009929 in Italia
- al numero +39 051.6389046 se dall'estero

nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Sul sito www.unisalute.it sono sempre descritte le modalità di fruizione del prodotto.

Tramite l'APP l'Assicurato può consultare e conoscere nel dettaglio i Centri Sanitari Convenzionati ed i medici convenzionati a Sua disposizione.

La Centrale Operativa, dopo aver accertato la regolarità assicurativa eventualmente anche richiedendo all'Assicurato altra documentazione medica (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.), autorizzerà la prestazione. L'Assicurato, all'atto dell'erogazione della prestazione, deve presentare al Centro Sanitario Convenzionato un documento comprovante la propria identità e, laddove richiesto, la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di Ricovero l'Assicurato deve inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato deve firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvede a liquidare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Équipe Medica Convenzionata le competenze per le prestazioni autorizzate secondo le modalità indicate nelle Sezioni Spese Sanitarie della formula prescelta, e nei limiti previsti in Polizza.

L'Assicurato deve saldare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le spese non coperte dal presente contratto e/o non autorizzate.

Il Centro Sanitario Convenzionato 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.

Nel caso in cui la Centrale Operativa, sulla base delle informazioni ricevute, ritenga che la prestazione non sia Indennizzabile in base alle condizioni contrattuali, comunica la decisione al Centro Sanitario Convenzionato e all'Assicurato; quest'ultimo deve sostenere in proprio le spese relative alle prestazioni richieste ed eventualmente richiedere il Rimborso alla Società, secondo le modalità indicate alla lettera c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso.

Gli Indennizzi che dovessero successivamente essere riconosciuti come dovuti saranno tuttavia liquidati come se fosse stata autorizzata la prestazione in convenzione (e pertanto senza le penalizzazioni previste per l'utilizzo di centri sanitari non convenzionati).

Qualora l'Assicurato utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'autorizzazione e l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate secondo le modalità di erogazione delle prestazioni previste nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati, di cui alla successiva lettera c) del presente articolo.

b) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica non Convenzionata

L'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A:

- al numero verde 800-009929 in Italia,
- al numero +39 051 6389046 se dall'estero,

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

La Centrale Operativa, dopo aver accertato la regolarità assicurativa - eventualmente anche richiedendo all'Assicurato altra documentazione medica (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) - autorizzerà la prestazione. L'Assicurato all'atto dell'erogazione della prestazione, deve presentare al Centro Sanitario

Convenzionato un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di Ricovero l'Assicurato deve inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato deve firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvede a liquidare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le competenze per le prestazioni autorizzate secondo le modalità indicate nelle Sezioni Spese Sanitarie della formula prescelta, e nei limiti previsti dalla in Polizza.

L'Assicurato deve pagare direttamente le prestazioni nei confronti dell'equipe medica non convenzionata e richiedere successivamente il rimborso delle spese sostenute secondo le modalità previste alla successiva lettera c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso.

L'Assicurato deve saldare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato eventuali franchigie a suo carico previste dalle condizioni di Polizza nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata. Il Centro Sanitario Convenzionato 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.

Nel caso in cui la Centrale Operativa, sulla base delle informazioni ricevute, ritenga che la prestazione non sia indennizzabile in base alle condizioni contrattuali, comunica la decisione al Centro Sanitario Convenzionato e all'Assicurato; quest'ultimo deve sostenere in proprio le spese relative alle prestazioni richieste ed eventualmente richiedere il Rimborso alla Società, secondo le modalità indicate alla successiva lettera c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso.

Gli Indennizzi che dovessero successivamente essere riconosciuti come dovuti saranno tuttavia liquidati come se fosse stata autorizzata la prestazione in convenzione (e pertanto senza le penalizzazioni previste per l'utilizzo di centri sanitari non convenzionati).

Qualora l'Assicurato utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'autorizzazione e l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate secondo le modalità di erogazione delle prestazioni previste nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati di cui alla successiva lettera c) del presente articolo.

c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso

L'Assicurato, per ottenere il rimborso, secondo le modalità indicate nelle rispettive Sezioni Spese Sanitarie e nei limiti previsti dalla in Polizza, delle spese sostenute per:

- Prestazioni in centri sanitari non convenzionati;
- Prestazioni da parte di equipe medica non convenzionata (presso Centri Sanitari Convenzionati);
- Prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso;
- Prestazioni precedenti o successive al Ricovero, Day Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale - e/o ogni altra prestazione a rimborso prevista dalla polizza;

o per il pagamento dell'Indennità sostituiva può adottare una delle seguenti modalità:

- rivolgersi direttamente all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza,
- inviare direttamente a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO,
- seguire quanto indicato all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it

allegando il modulo per la richiesta di rimborso, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito www.unisalute.it, da compilare e sottoscrivere debitamente in ogni sua parte.

Il modulo deve essere inviato secondo le modalità sopra indicate, unitamente a copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di Ricovero e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato previa consegna ad UniSalute della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento e salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico secondo le modalità indicate nelle Sezioni Spese Sanitarie della formula prescelta, e nei limiti previsti in Polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 5.3 - Area territoriale scoperta

Nel caso in cui l'Assicurato sia **residente ad una distanza superiore ai 20 km, o comunque in una provincia diversa** rispetto al Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute più vicino alla residenza stessa, per usufruire della prestazione richiesta l'Assicurato potrà avvalersi, previa autorizzazione della CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE, di un centro sanitario non convenzionato. In questo caso è previsto il rimborso integrale delle spese sostenute nei limiti e nei massimali previsti dalla prestazione.

Tale condizione non è operante per le prestazioni relative al Ricovero, Day Hospital ed Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

Art. 5.4 - Ospedalizzazione domiciliare

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A:

- al numero verde 800-009929 in Italia,
- al numero +39 051 6389046 se dall' estero,

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Art. 5.5 - Second Opinion

L'Assicurato può sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, contattando direttamente la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800-009929. In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà inviare a UniSalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa.

Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione di un terapeuta italiano o estero esperto in quella specifica patologia.

Art. 5.6 - Sindrome Metabolica

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare lo specifico questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it, registrandosi all'"Area Clienti" e confermare il suo invio ad UniSalute.

UniSalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite e-mail mettendo a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Art. 5.7 - Tariffe Agevolate

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A:

- al numero verde 800-009929 in Italia,
- al numero +39 051 6389046 se dall' estero,

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Art. 5.8 - Gestione dei documenti di spesa

In caso di Sinistro la documentazione comprovante le spese sostenute dall'Assicurato viene gestita secondo le seguenti modalità:

Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate viene consegnata direttamente dal Centro Sanitario Convenzionato all'Assicurato.

Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica non Convenzionata, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate in Centri Sanitari Convenzionati viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

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

riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;

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.

Nel caso di Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso, la Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, mette a disposizione, attraverso l'APP il riepilogo delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Art. 5.9 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di prestazione sanitaria effettuata in un Centro Sanitario Convenzionato o non convenzionato, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2033 del Codice Civile, **dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate all'Istituto di Cura o rimborsate al Cliente stesso.**

Art. 5.10 - Diritto di verifica

In caso di Sinistro la Società ha diritto di verificare l'effettiva sussistenza delle condizioni che rendono operante la garanzia e, a mezzo dei propri consulenti, le condizioni di salute dell'Assicurato.

Art. 5.11 - 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.

Art. 5.12 - 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 nell'Art. 5.2 "Modalità di utilizzo della copertura" al punto c) "Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso".

NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 5.13 - Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- comunicare la Prestazione di Assistenza richiesta;
- mettere a disposizione della Società, per il tramite della Centrale Operativa/Struttura Organizzativa, ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare l'evento per il quale necessita al Prestazione di Assistenza;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla Prestazione di Assistenza (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.).

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

Art. 5.14 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza

Nel caso di richiesta delle prestazioni di cui all'Art. 4.1 Garanzia base, lettere a) e b), l'Assicurato dovrà **contattare la Centrale Operativa:**

- al numero verde 800-009929 se in Italia
- al numero 051-6389046 se dall'estero

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.

Nel caso di richiesta delle prestazioni di cui all'Art. 4.1 Garanzia base, lettere da c) a f), l'Assicurato dovrà **contattare la Struttura Organizzativa:**

- al numero verde 800-212477 se in Italia
- al numero 051-6389048 se dall'estero

specificando la prestazione richiesta.

Le prestazioni sono attive 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Nel caso di richiesta delle prestazioni di cui all'Art. 4.1 - Garanzia base, lettere da g) a m), l'Assicurato dovrà **contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute** al numero 051-4161781 specificando la prestazione richiesta.

Le prestazioni sono attive 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano

- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

- a) Infarto miocardico acuto
- b) Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - I. dispnea
 - II. edemi declivi
 - III. aritmia
 - IV. angina instabile
 - V. edema o stasi polmonare
 - VI. ipossiemia

- c) Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure
- d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - I. ulcere torbide
 - II. decubiti
 - III. neuropatie
 - IV. vasculopatie periferiche
 - V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e) Politraumatismi gravi che non necessitino di Intervento Chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato
- f) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al cliente sull'uso dei suoi dati personali e dei 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"), ti informiamo che, per fornirti i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, eventualmente anche a favore dei tuoi familiari assicurati, UniSalute S.p.A. ha la necessità di utilizzare alcuni dati che ti riguardano e che riguardano i tuoi familiari e conviventi, per le finalità e nei termini di seguito indicati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

1. Per finalità assicurative

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica), che tu stesso o altri soggetti²¹ ci fornite, indispensabili per fornirti i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione²², e 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 vigilanza²³. In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirti correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a tuoi recapiti (recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica) può inoltre risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderai di registrarti all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili utilizzeremo questi dati anche per identificarti come nostro assicurato e per fornirti i servizi previsti dalla tua polizza ed inviarti le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a te ed ai tuoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal tuo *smartphone*, e per fornirti, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle tue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri, anche riguardanti la posizione dei tuoi familiari eventualmente assicurati.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati²⁴ (idonei a rivelare le tue condizioni di 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) per dare corso alle prestazioni previste dalla tua polizza e per fornirti i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite)²⁵ e per adempimenti normativi³. Il conferimento di questi dati è necessario per poterti fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso tuo o del tuo eventuale familiare/convivente interessato²⁵.

I tuoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che ti riguardano²⁶ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa³. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I tuoi 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, assicurativi (di regola, 10 anni).

2. Per finalità di marketing

In caso di tuo consenso, che ti chiederemo in una sezione separata ai sensi degli Artt. 82 e 83 del Reg. Ivass n. 40/2018 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), e che potrà essere facoltativamente prestato, i tuoi dati personali, con esclusione di quelli appartenenti a categorie particolari (Art. 9 del Regolamento)⁴, potranno essere altresì trattati per finalità di effettuazione di comunicazioni commerciali relative a prodotti o servizi della Società titolare, delle società facenti parte del Gruppo Unipol²⁷ e di società terze, in particolare per invio di comunicazioni promozionali, newsletter e materiale pubblicitario, attività di vendita diretta e compimento di ricerche di mercato, incluse indagini sulla qualità e soddisfazione dei servizi, mediante tecniche di comunicazione a distanza comprensive di modalità automatizzate di contatto (come SMS, MMS, fax, chiamate telefoniche automatizzate, posta elettronica, messaggi su applicazioni web) e tradizionali (come posta cartacea e chiamate telefoniche con operatore).

I tuoi dati saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa privacy e saranno conservati per due anni per finalità relative a comunicazioni commerciali, termini decorrenti dalla cessazione dei rapporti con UniSalute; decorsi tali termini non saranno più utilizzati per le predette finalità.

Il mancato conferimento dei tuoi dati per le finalità di cui al presente paragrafo 2, nonché il tuo mancato consenso espresso per la medesima finalità, non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla sottoscrizione e/o gestione dei Prodotti e ai rapporti giuridici in essere, precludendo esclusivamente l'espletamento delle attività indicate nel presente paragrafo.

COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I tuoi dati e quelli dei tuoi familiari eventualmente assicurati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che ti 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 conto²⁸. Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UniSalute, del Gruppo Unipol⁷.

²¹ Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le tue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

²² Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

²³ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.

²⁴ Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona. Ai sensi dell'art. 4 punto 1) del Regolamento dati personali (non appartenenti a categorie particolari) sono costituiti da qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione o un identificativo online; In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla ns. Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

²⁵ Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

²⁶ In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UniSalute S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAIP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (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.

²⁷ 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.

²⁸ 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.

Potremo trattare eventuali dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi allo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (tu o tuo eventuale familiare/convivente)²⁹.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore dei tuoi familiari/conviventi, alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a tua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della tua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili e gestire così in autonomia la propria posizione anche in riferimento ai propri dati personali.

QUALI SONO I TUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) ti garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che ti riguardano, di richiedere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, la portabilità dei dati che ci hai fornito, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), di opporsi al trattamento per motivi legati alla tua situazione particolare, nonché, ove il trattamento dei tuoi dati sia basato sul consenso da te espresso, di revocarlo senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca.

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

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a tua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrai contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it, al quale potrai rivolgerti, oltre che per l'esercizio dei tuoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati di cui alla nota(6). Resta fermo il tuo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti in materia.

²⁹ Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

