



## **POLIZZA MALATTIA RISCHI SPECIALI**

**Condizioni di Assicurazione**  
**Contratto di assicurazione sanitaria**

**POLIZZA MALATTIA RISCHI SPECIALI**

Modello SI / 01607 / 000 / 00000 / H - Ed. 01 / 07 / 2022

## INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....	1
GLOSSARIO .....	1
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE .....	3
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE .....	3
1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	3
2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI .....	3
3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE .....	3
4. FORMA DELLE COMUNICAZIONI.....	4
5. DIRITTO DI RECESSO.....	4
6. VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE.....	4
QUANDO E COME DEVO PAGARE .....	4
7. PREMIO .....	4
CHE OBBLIGHI HO.....	4
8. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO .....	4
9. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE .....	4
ALTRE NORME .....	5
10. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....	5
11. OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	5
12. ALTRE ASSICURAZIONI.....	5
13. ADEGUAMENTO DELLE SOMME ASSICURATE .....	5
14. FORO COMPETENTE .....	5
15. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE .....	5
16. OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE .....	5
17. LEGISLAZIONE APPLICABILE .....	6
18. REGIME FISCALE .....	6
19. RECLAMI .....	6
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE MALATTIA .....	8
COSA ASSICURA.....	8
20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	8
21. GARANZIE PRESTATE .....	8
22. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI .....	10
23. ANTICIPO DELL'INDENNIZZO .....	10
24. CONDIZIONI PARTICOLARI.....	11
CHE COSA NON È ASSICURATO .....	13
25. RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE .....	13
COME ASSICURA.....	14

26.	PERSONE NON ASSICURABILI .....	14
	DOVE VALE LA COPERTURA? .....	14
27.	ESTENSIONE TERRITORIALE.....	14
	NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI .....	15
28.	OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO .....	15
29.	CRITERI DI LIQUIDAZIONE .....	15
30.	PAGAMENTO DEL SINISTRO .....	16
31.	CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE .....	16
32.	GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA .....	16
33.	PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO.....	16
34.	INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018 .....	16
35.	INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....	17
	GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI .....	18
	ARTICOLI DI LEGGE - CODICE CIVILE.....	22
	<b>INFORMATIVA PRIVACY</b> .....	25

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

### GLOSSARIO

Ai seguenti termini la Società e il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

**Anno:** periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

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

**Assicurazione:** contratto di Assicurazione.

**Contraente:** soggetto che stipula il contratto di Assicurazione.

**Day Hospital:** degenza diurna senza pernottamento in Istituto di cura per prestazioni chirurgiche e terapie mediche documentate da cartella clinica.

**Difetto fisico / Malformazione:** alterazione/imperfezione/mancanza di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.

**Documentazione sanitaria:** originali della cartella clinica e/o di 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).

**Franchigia:** La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

**Grandi interventi chirurgici:** Interventi chirurgici e patologie riportati nelle Condizioni di Assicurazione.

**Indennizzo:** somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

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

**Intervento chirurgico:** qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di medicinali.

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

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

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

**Massimale:** l'importo stabilito negli specifici articoli di Polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti delle persone assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

**Nucleo familiare:** l'Assicurato, il relativo coniuge o il convivente more uxorio e i figli indicati in Polizza.

**Periodi di carenza contrattuali:** periodo nel quale non sono attive le garanzie del contratto e pertanto non possono essere autorizzate prestazioni dirette né rimborsate le spese sostenute.

**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:** documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo per l'Assicurazione. I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

**Questionario sanitario:** documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della Polizza.

**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 dell'Indennizzo che, per ogni Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

**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.

**Società:** UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

**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.

## NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

### QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

#### 1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, se il Premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

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

**È esclusa comunque la copertura di eventuali Sinistri verificatisi durante la sospensione assicurativa.**

#### 2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

La garanzia decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto dell'Assicurazione per gli Infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le Malattie;
- del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per l'Aborto e le Malattie dipendenti da gravidanza;
- del 180° 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; se la Società rinuncia esplicitamente alla compilazione del Questionario Sanitario, per le Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto la decorrenza è sempre fissata dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza;
- del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per il parto e le Malattie da puerperio.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione/ripresa – senza soluzione di continuità – di altra emessa dalla medesima Società o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A. riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, gli anzidetti termini operano:

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

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

#### **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.

#### 3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE

L'Assicurazione cessa alla scadenza del periodo prefissato, senza tacito rinnovo.

#### **4. FORMA DELLE COMUNICAZIONI**

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti, devono essere fatte con lettera raccomandata o a mezzo fax.

#### **5. DIRITTO DI RECESSO**

Non è previsto il diritto di recesso, salvo il caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

#### **6. VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE**

Le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate, che avvengano nel periodo di validità del contratto, devono essere comunicate per iscritto alla Società. Quest'ultima, qualora sussistano le condizioni di assicurabilità delle persone da includere, provvede a sostituire il contratto o ad emettere appendice di variazione.

### **QUANDO E COME DEVO PAGARE**

#### **7. PREMIO**

Il Premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società oppure all'agenzia/Intermediario assicurativo, al quale è stato assegnato il contratto della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

### **CHE OBBLIGHI HO**

#### **8. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Per consentire alla Società di valutare il Rischio occorre compilare in ogni sua voce il Questionario Sanitario, che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante del contratto. Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza), sia in caso di emissione di un nuovo contratto che di sua sostituzione, e trasmesso alla Società unitamente alla proposta.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché l'annullamento dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

#### **9. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE**

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata o le eventuali variazioni della professione degli Assicurati possono influire sul Rischio. Il Contraente, ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile, ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società dette circostanze.

Inoltre le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato rese in sede di compilazione del Questionario Sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.

## ALTRE NORME

### 10. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

### 11. OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente si impegna a mettere a disposizione dei singoli beneficiari di Polizza le Condizioni di Assicurazione (o la Guida al piano sanitario se prevista), concordando preventivamente con la Società le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione.

### 12. ALTRE ASSICURAZIONI

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

### 13. ADEGUAMENTO DELLE SOMME ASSICURATE

Premesso che il Contraente ha la facoltà di rinunciare all'adeguamento automatico di cui al presente articolo e, in tal caso, nella Scheda di Polizza del contratto deve essere richiamato il codice 99, ad ogni scadenza annuale le somme assicurate ed il Premio dell'annualità precedente saranno automaticamente aumentati in misura costante di un'aliquota pari al 5%.

Qualora, in conseguenza di più adeguamenti, le somme assicurate ed il Premio vengano a superare il doppio degli importi inizialmente stabiliti, le Parti avranno la facoltà, entro sessanta giorni dalla scadenza della rata cui si riferisce l'ultimo adeguamento, di rinunciare alla normativa di cui al presente articolo; in tal caso, dalla successiva scadenza, le somme assicurate ed il Premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato. L'adeguamento di cui al presente articolo non opera per le franchigie espresse in percentuali, in giorni, e per i limiti minimi oltre i quali si applicano dette franchigie.

### 14. FORO COMPETENTE

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

### 15. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

### 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.



## **17. LEGISLAZIONE APPLICABILE**

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

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

- a) Rimborso spese sanitarie: 2,5%
- b) Assistenza: 10%

## **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](http://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](http://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](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del Reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il Reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

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

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

## NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE MALATTIA

### COSA ASSICURA

#### 20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società, in base alle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario, in caso di Malattia, parto, aborto terapeutico eseguito in conformità alle vigenti normative o Infortunio, anche causato da colpa grave, si obbliga, alle condizioni di seguito pattuite:

- **per le Garanzie previste dai paragrafi A o B (Art. "Garanzie prestate")**  
a rimborsare, **nei limiti del Massimale convenuto** nella Scheda di Polizza del contratto - che si intende per persona e per anno assicurativo o, se richiamata la Condizione Particolare, per Nucleo familiare e per anno assicurativo - le spese sostenute per ricoveri in Istituto di cura o Intervento chirurgico ambulatoriale come meglio indicato nei relativi paragrafi dell'art. "**Garanzie prestate**";
- **per la Garanzia prevista dal paragrafo C ("Garanzie prestate")**  
a corrispondere la somma convenuta nella Scheda di Polizza per ciascun giorno di degenza in Istituto di cura come meglio indicato nel relativo paragrafo dell'art. "**Garanzie prestate**".

#### 21. GARANZIE PRESTATE

##### **A) Ricovero in Istituto di cura o Intervento chirurgico ambulatoriale**

**(garanzia operante solo se espressamente descritta nella Scheda di Polizza del contratto, indicato il Massimale assicurato e corrisposto il relativo Premio)**

La garanzia riguarda il rimborso delle spese, sostenute dall'Assicurato:

- in caso di Ricovero, con o senza Intervento chirurgico, in Istituto di cura anche in regime di Day Hospital;
- **in caso di intervento ambulatoriale con il massimo di € 2.500,00 per Sinistro;**
- in caso di parto (naturale o cesareo), aborto terapeutico o naturale, appendiciti, adenoidi, tonsilliti, varici, ernie, emorroidi: **con il massimo di € 3.500,00 per Sinistro;**
- in caso di intervento per cure dentarie rese necessarie **esclusivamente a seguito di Infortunio documentato**, comprese le protesi dentarie.

La Società rimborsa le spese per:

- 1) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- 2) i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento. Relativamente agli apparecchi protesici la garanzia è estesa alla manutenzione e riparazione degli stessi **con il limite massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo;**
- 3) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami, **purché relativi al periodo di Ricovero ed alla patologia che comporta il Ricovero;**
- 4) le rette di degenza;
- 5) il trasporto dell'Assicurato, **con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato**, verso l'Istituto di cura ed al ritorno dallo stesso, **fino ad un importo di € 1.500,00 per anno assicurativo.**

La Società rimborsa inoltre, **nel limite del 10% del Massimale assicurato**, anche le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 6) gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei **novanta giorni precedenti all'inizio del Ricovero o alla data dell'Intervento chirurgico senza Ricovero**, purché direttamente collegati all'evento che ha determinato il Ricovero stesso;

- 7) gli esami, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le terapie radianti, le chemioterapie, le cure termali - escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera - inerenti e conseguenti all'evento e sostenute **nei novanta giorni successivi alla cessazione del Ricovero o alla data dell'Intervento chirurgico senza Ricovero.**

Qualora l'Assicurato, per il periodo di Ricovero, non abbia sostenuto alcuna spesa, in quanto il Ricovero stesso sia stato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, **avrà diritto ad una indennità di € 100,00** per ciascun giorno di Ricovero con pernottamento, **con il massimo di cento giorni per anno assicurativo.**

#### **B) Ricovero per Grande intervento chirurgico**

**(garanzia operante solo se espressamente descritta nella Scheda di Polizza del contratto, indicato il Massimale assicurato e corrisposto il relativo Premio)**

La garanzia assicurativa riguarda il rimborso delle spese, sostenute dall'Assicurato in caso di Ricovero in Istituto di cura per un Grande intervento chirurgico, intesi per tali quelli dell'allegato elenco.

La Società rimborsa le spese per:

- 1) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- 2) i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento. Relativamente agli apparecchi protesici la garanzia è estesa alla manutenzione e riparazione degli stessi **con il limite massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo;**
- 3) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami, **purché relativi al periodo di Ricovero ed alla patologia che comporta il Ricovero;**
- 4) le rette di degenza;
- 5) il trasporto dell'Assicurato, **con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato**, verso l'Istituto di cura ed al ritorno dallo stesso, **fino ad un importo di € 1.500,00 per anno assicurativo.**

La Società rimborsa inoltre, **nel limite del 10% del Massimale assicurato**, anche le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 6) gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, **nei novanta giorni precedenti all'inizio del Ricovero o alla data dell'Intervento chirurgico senza Ricovero, purché direttamente collegati all'evento che ha determinato il Ricovero stesso;**
- 7) gli esami, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le terapie radianti, le chemioterapie, le cure termali - escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera - inerenti e conseguenti all'evento e sostenute **nei novanta giorni successivi alla cessazione del Ricovero o alla data dell'Intervento chirurgico senza Ricovero.**

La garanzia comprende il rimborso spese sostenute durante il Ricovero in Istituto di cura in caso di trapianto d'organo sia quando l'Assicurato è donatore vivente che ricevente.

Nel caso di Assicurato ricevente sono comprese in garanzia anche le spese per l'Intervento chirurgico di prelievo ed il trasporto dell'organo.

Qualora l'Assicurato, per il periodo di Ricovero, non abbia sostenuto alcuna spesa, in quanto il Ricovero stesso sia stato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, **avrà diritto ad una indennità di € 100,00** per ciascun giorno di Ricovero con pernottamento, **con il massimo di cento giorni per anno assicurativo.**

#### **C) Garanzia indennità per Ricovero in Istituto di cura**

**(garanzia operante solo se espressamente descritta nella Scheda di Polizza del contratto, indicato la somma giornaliera assicurata e corrisposto il relativo Premio)**

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata nella Scheda di Polizza del contratto per ogni giorno di Ricovero in Istituto di Cura **per la durata massima di trecentosessantacinque giorni** per ogni Sinistro e per anno assicurativo.

## 22. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

### 1) Garanzia **A**) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (Art. “**garanzie prestate**” paragrafo **A**)

La Società, a cure ultimate liquida:

- 1) le spese sostenute dall'Assicurato durante il periodo di Ricovero, e precisamente le spese di cui ai punti **1), 2), 3) e 4)**, con l'applicazione per ogni Sinistro di **uno Scoperto del 20% con il minimo di € 750,00 ed il massimo di € 7.500,00**, che rimane a carico dell'Assicurato;
- 2) le altre spese sostenute dall'Assicurato e precisamente le spese di cui ai punti **5), 6) e 7)** con l'applicazione per ogni prestazione di **uno Scoperto del 20% con il minimo di € 40,00**;
- 3) l'indennità sostitutiva delle spese di Ricovero, in quanto le stesse sono a totale carico del S.S.N., integralmente senza applicazione di alcuna Franchigia o Scoperto. **La prima giornata di Ricovero in Istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata**, qualunque sia l'ora del Ricovero o della dimissione. L'indennità sostitutiva non verrà corrisposta in caso di Ricovero in Day Hospital.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, il rimborso delle spese rimaste a suo carico sarà effettuato senza applicazione di alcuno Scoperto.

### 2) Garanzia **B**) RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (Art. “**garanzie prestate**” paragrafo **B**)

La Società, a cure ultimate liquida:

4. le spese sostenute dall'Assicurato durante il periodo di Ricovero, e precisamente le spese di cui ai punti **1), 2), 3) e 4)**, in misura integrale;
5. le altre spese sostenute dall'Assicurato e precisamente le spese di cui ai punti **5), 6) e 7) in modo integrale entro il limite percentuale di Massimale previsto**;
6. l'indennità sostitutiva delle spese di Ricovero, in quanto le stesse sono a totale carico del S.S.N., integralmente senza applicazione di alcuna Franchigia o Scoperto. **La prima giornata di Ricovero in Istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata**, qualunque sia l'ora del Ricovero o della dimissione. L'indennità sostitutiva non verrà corri-spota in caso di Ricovero in Day Hospital e del donatore.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, il rimborso delle spese rimaste a suo carico sarà effettuato senza applicazione di alcuno Scoperto.

### 3) Garanzia **C**) INDENNITÀ GIORNALIERA PER RICOVERO (Art. “**garanzie prestate**” paragrafo **C**):

La Società, a cure ultimate, liquida all'Assicurato l'indennità stabilita per ciascun giorno di Ricovero in Istituto di cura; **la prima giornata di Ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata** di ogni Ricovero, qualunque sia l'ora del Ricovero o della dimissione. Limitatamente ai ricoveri avvenuti in caso di parto (naturale o cesareo), aborto terapeutico o naturale, appendiciti, adenoidi, tonsilliti, varici, ernie, emorroidi, l'indennità viene corrisposta per la durata massima di **giorni cinque**.

Se il Ricovero è effettuato in regime di Day Hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al **50%** di quella concordata e per un massimo di **centottanta** giorni per anno assicurativo.

Inoltre, limitatamente alle patologie croniche e/o recidivanti, la Società riconosce l'Indennizzo massimo per anno assicurativo di **trenta giorni**.

## 23. ANTICIPO DELL'INDENNIZZO

Qualora l'Assicurato a seguito di Sinistro indennizzabile abbia sostenuto per il periodo di Ricovero **spese rimborsabili a termini di Polizza per un importo superiore a € 2.500,00**, ha facoltà di richiedere un anticipo, nell'ambito del Massimale annuo, sull'Indennizzo **pari al 60%**, di quanto già pagato. Verificata la richiesta, la Società eroga l'anticipo entro **trenta giorni** da essa ed alla definizione del Sinistro viene effettuato il conguaglio.

## 24. CONDIZIONI PARTICOLARI

**CONDIZIONI PARTICOLARI PER LE GARANZIE A) E B) - ART. "Modalità di erogazione delle prestazioni"**  
*(Operanti solo se espressamente richiamate in Polizza)*

### **1) Abrogazione Scoperto con minimo e massimo**

A deroga di quanto previsto all'Art. "Modalità di erogazione delle prestazioni" punto 1 Garanzia A) il rimborso delle spese sanitarie viene effettuato in modo integrale ovvero senza applicazione di alcuno Scoperto.

Inoltre, si conviene tra le parti che la Società rimborsa le rette di degenza, previste all'Art. "Garanzie prestate" paragrafi A) e B) sino ad un importo massimo giornaliero di **€ 250,00**.

### **2) Franchigia fissa di € 1.500,00**

A deroga di quanto previsto all'Art. "Modalità di erogazione delle prestazioni", la Società liquida l'importo dovuto a termini di Polizza per la totalità delle prestazioni di cui al punto 1 Garanzia A), con una **Franchigia di € 1.500,00 per ciascun Sinistro**.

La presente Franchigia non verrà applicata in caso di diaria sostitutiva per le spese di Ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

### **3) Franchigia fissa di € 2.500,00**

A deroga di quanto previsto all'Art. "Modalità di erogazione delle prestazioni", la Società liquida l'importo dovuto a termini di Polizza per la totalità delle prestazioni di cui al punto 1 Garanzia A), con una **Franchigia di € 2.500,00 per ciascun Sinistro**.

La presente Franchigia non verrà applicata in caso di diaria sostitutiva per le spese di Ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

### **4) Estensione attività sportive**

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. "Rischi esclusi dall'Assicurazione" lettera g), si conviene tra le Parti che sono compresi gli Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sports svolti a carattere ricreativo, con il **massimo di € 5.000,00 per Sinistro**:

- pugilato;
- football americano;
- freeclimbing;
- discesa di rapide;
- atletica pesante;
- guidoslitta;
- bob;
- slittino;
- rugby;
- hockey.

### **5) Massimale unico per Nucleo familiare ed anno assicurativo**

*(Condizione operante solo se espressamente richiamato il codice 24 nella Scheda di Polizza del contratto)*

**Il Massimale di Polizza deve intendersi prestato per Nucleo familiare.**

Pertanto, la somma indicata in Polizza si intende prestata globalmente per tutte le persone assicurate, ed essa costituisce la massima esposizione della Società per uno o più sinistri nel corso della stessa annualità assicurativa.

**CONDIZIONI PARTICOLARI PER LA GARANZIA C) - Art. "Modalità di erogazione delle prestazioni"**  
**(Operanti solo se espressamente richiamate in Polizza)**

**6) Franchigia fissa di tre giorni**

A deroga di quanto previsto all'Art. "Modalità di erogazione delle prestazioni" punto 3 Garanzia C), si conviene tra le Parti che per ogni Sinistro indennizzabile a termine della presente Polizza, la corresponsione della diaria **decorrerà dal quarto giorno** successivo di degenza continuativa.

**7) Franchigia fissa di cinque giorni**

A deroga di quanto previsto all'Art. "Modalità di erogazione delle prestazioni" punto 3 Garanzia C), si conviene tra le Parti che per ogni Sinistro indennizzabile a termine della presente Polizza, la corresponsione della diaria **decorrerà dal sesto giorno** successivo di degenza continuativa.

**8) Franchigia fissa di sette giorni**

A deroga di quanto previsto all'Art. "Modalità di erogazione delle prestazioni" punto 3 Garanzia C), si conviene tra le Parti che per ogni Sinistro indennizzabile a termine della presente Polizza, la corresponsione della diaria **decorrerà dall'ottavo giorno** successivo di degenza continuativa.

**9) Estensione attività sportive**

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. "Rischi esclusi dall'Assicurazione" lettera g), si conviene tra le Parti che sono compresi gli Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sports svolti a carattere ricreativo **con il massimo di venti giorni** per Sinistro:

- pugilato;
- football americano;
- freeclimbing;
- discesa di rapide;
- atletica pesante;
- guidoslitta;
- bob;
- slittino;
- rugby;
- hockey.



## CHE COSA NON È ASSICURATO

### **25. RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE**

L'Assicurazione non è operante per:

- a. le spese relative a conseguenze dirette di Infortuni nonché Malattie, malformazioni e stati patologici insorti, diagnosticati o curati o che hanno causato sintomi anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società o non evidenziati nel Questionario sanitario con dolo o colpa grave;
- b. le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti e/o preesistenti alla stipulazione del contratto o per la correzione di vizi di rifrazione oculare;
- c. la cura per le 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. gli Infortuni causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o dall'uso di allucinogeni;
- f. le conseguenze derivanti dall'abuso di alcolici e psicofarmaci, dal consumo non terapeutico di stupefacenti o di sostanze psicotrope; dall'uso di allucinogeni;
- g. gli Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sports anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, jumping, speleologia, sports 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 sports aerei in genere;
- h. le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- i. l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
- j. le terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza;
- k. 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);
- l. le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- m. 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 prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- n. le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali - salvo quanto previsto dall'Art. "Garanzie prestate" paragrafi A) e B) punto 7) - ancorché nell'ambito di Istituto di cura;
- o. le cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico nonché quelle del periodonto, salvo quelle che si siano rese necessarie da Infortunio indennizzabile a termini di Polizza o da Malattia oncologica;
- p. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
- q. le conseguenze: di guerra, 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 od eruzioni vulcaniche.



## COME ASSICURA

### **26. PERSONE NON ASSICURABILI**

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi organiche cerebrali.

Si conviene che la sopravvenienza di tali dipendenze o Malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'Assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

## DOVE VALE LA COPERTURA?

### **27. ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

## NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

### 28. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure alla Società entro **tre giorni** da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'**Art. 1913 del Codice Civile**.

**La denuncia del Sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura della Malattia o, in caso di Infortunio, la natura e il tipo di lesioni subite nonché la necessità del Ricovero o dell'intervento.**

**L'Assicurato, deve fornire ogni informazione richiesta dalla Società e consentire alla stessa di effettuare le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società medesima.**

**Egli è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la Documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.**

**L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale al diritto all'Indennizzo. Le spese relative ai certificati medici ed ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.**

### 29. CRITERI DI LIQUIDAZIONE

In caso di Ricovero, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009930 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

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

- modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di Ricovero (\*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante.
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'Indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

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

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di Polizza al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

### **30. 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 all'Art. "Criteri di liquidazione"

### **31. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE**

Ferma la libertà di adire all'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.

### **32. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA**

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

### **33. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO**

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

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

Il 1 luglio 2020 sono entrate in vigore le nuove disposizioni del Regolamento dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni n. 41/2018 (di seguito, il "Regolamento") in materia di home insurance.

In particolare, l'home insurance mira a semplificare e velocizzare il rapporto con l'impresa di assicurazione attraverso una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica.

La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un' "Area Regolamento IVASS 41/2018" accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall' "AREA SERVIZI CLIENTI" già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.

Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

## **35. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

### **1. Informazioni generali**

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](http://www.unisalute.it) – indirizzo di posta elettronica [unisalute@pec.unipol.it](mailto:unisalute@pec.unipol.it) o [info@unisalute.it](mailto:info@unisalute.it).

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

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

### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2021, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 216,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 93,25 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2021, è pari ad € 90,98 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 30,36 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 207,05 milioni e ad € 204,87 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2021, pari a 2,28 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

## GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

### CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto coronarico singolo e/o multiplo
- Cardiochirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.)
- Cardiochirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.), interventi di Correzione di coartazione aortica
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per – Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Pericardiectomia parziale e totale
- Sostituzioni valvolari con bypass aorto coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica

### COLLO

- Tiroidectomia totale
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

### CHIRURGIA GENERALE - ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esafogoplastica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcerapost-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago
- Operazioni per tumori, resezioni parziali basse, alte e totali
- Rientro per megaesofago

### CHIRURGIA GENERALE - FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesentericacava
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Epato coledotomia
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Resezioni epatiche maggiori

### CHIRURGIA GENERALE - INTESTINO

- Colectomia totale
- Megacolon: operazione addominoperineale di Buhamel e Swenson
- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

### CHIRURGIA GENERALE – RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addominoperineale in un tempo o in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

### CHIRURGIA GENERALE - PANCREAS, MILZA

- Duodeno cefalo pancreatemia compresa eventuale linfadenectomia
- Enucleazione delle cisti
- Intervento per cisti e pseudocisti
- Interventi per fistole pancreatiche

- Marsupiazione
- Pancreatectomia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi
- 

#### **CHIRURGIA GENERALE - STOMACO, DUODENO**

- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Resezione gastrica da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica postanastomotica
- Stenosi congenita del piloro

#### **CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE**

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

#### **CHIRURGIA PEDIATRICA**

- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare:
- abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addominoperineale
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Esofago, atresia o fistole congenite dell'esofago (trattamento completo)
- Neuroblastoma addominale
- Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Spina bifida: meningocele
- Spina bifida: mielomeningocele

#### **CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA**

- Aplasia della vagina, ricostruzione per

#### **CHIRURGIA TORACO - POLMONARE**

- Ernia del diaframma
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
- Interventi per fistole bronchiali – cutanee
- Interventi su polmone cistico e policistico
- Pleuropneumectomia
- Pneumectomia, intervento di
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentarie e lobotomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

#### **CHIRURGIA VASCOLARE**

- Aneurismi aorta addominale con dissecazione: resezione e trapianto

- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale succlavia, tronco bronco-cefalico, aorta ed iliache
- Operazioni sulla aorta toracica ed addominale

#### **CHIRURGIA VASCOLARE**

- Isterectomia con annessionectomia e linfadenectomie per tumori maligni

#### **NEUROCHIRURGIA**

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Encefalomeningocele, intervento per
- Fistola liquorale
- Interventi per epilessia focale
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Mielomeningocele, intervento per
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Operazioni endocraniche per accesso ed amatomia endocranico
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche
- Scheggectomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari
- Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

#### **ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA – INTERVENTI CRUENTI**

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, parziale
- Disarticolazione interscapolotoracica
- Emipelvectomy "interne" con salvataggio dell'arto
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Scoliosi, intervento per
- Uncoforaminotomia o vertebrotomia (trattamento completo)

#### **OTORINOLATRINGOIATRIA - LARINGE E IPOFARINGE**

- Laringofaringectomia totale

#### **UROLOGIA - APPARATO GENITALE MASCHILE**

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadecnectomie per tumori maligne

#### **UROLOGIA - RENE**

- Nefroureterectomia radicale più trattamento trombo-cavale (compresa surrenectomia)
- Surrenelectomia

#### **UROLOGIA - URETERE**

- Megauretere resezione con reimpianto
- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di

#### **UROLOGIA - VESCICA**

- Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesciculectomia uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa infoadenectomia e prostatovesciculectomia uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Estrofilia della vescica e derivazione
- Interventi per fistolascico-rettale
- Riparazione di fistola vescico-intestinale
- Riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

#### **TRAPIANTI DI ORGANO**

- Tutti



## ARTICOLI DI LEGGE - CODICE CIVILE

### **Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari**

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se quest'ultime non sono state cancellate.

### **Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta**

Se l'Assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della Polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.

All'Assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute all'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

### **Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'Assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

### **Art. 1893 - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave**

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza.

Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

### **Art. 1894 - Assicurazione in nome o per conto di terzi**

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al Rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli Art. 1892 e 1893.

### **Art. 1898 - Aggravamento del Rischio**

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il Rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione o l'avrebbe consentita per un Premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del Rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del Rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del Rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'Assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il Premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore Rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

#### **Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave**

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave. L'assicuratore è obbligato per il Sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'Assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

#### **Art. 1901 - Mancato pagamento del Premio**

Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

#### **Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori**

Se per il medesimo Rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

#### **Art. 1913 - Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro**

L'Assicurato deve dare avviso del Sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il Sinistro si è verificato o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del Sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

**Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio**

L'Assicurato che dolosamente non adempie all'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

**Art. 2952 - Prescrizione in materia di Assicurazione**

Il diritto al pagamento delle rate di Premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

## INFORMATIVA PRIVACY

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

Gentile Cliente,

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

#### QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

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

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione<sup>(4)</sup>; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza<sup>(5)</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderà di registrarsi all'"Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, utilizzeremo questi dati anche per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dalla Sua polizza ed inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a Lei ed ai Suoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l'"Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal Suo *smartphone*, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

I dati relativi alla Sua salute (come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'"Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App) sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi<sup>(6)</sup>. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso Suo o del Suo eventuale familiare/convivente interessato<sup>(1)(8)</sup>.

#### PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo<sup>(6)</sup>. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

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

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

#### COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato dalle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto<sup>(9)</sup>. I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

#### QUALI SONO I SUOI DIRITTI

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

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

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

#### **Note**

- 1) In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi.
- 2) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 3) Rientrano nelle categorie particolari di dati personali non solo quelli relativi alla salute, ma anche i dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona e i dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 6) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it)
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 8) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).
- 9) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

