UniSalute PerTe

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

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - www.unisalute.it

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 Per Te"**

"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 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?

Il prodotto risponde alle diverse esigenze di protezione degli Assicurati, nell'ambito dell'assicurazione Spese Sanitarie, offrendo garanzie personalizzabili.

Che cosa è assicurato?

Sono coperte le spese sanitarie a seguito di Malattia ed Infortunio, avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione, e le Perdite Pecuniarie. Inoltre, sono previste prestazioni di Assistenza.

L'Assicurazione offre delle coperture differenti in base allo specifico Modulo come riportato di seguito.

MODULI BASE

MODULO ESSENTIAL:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie**: prestazioni post-Ricovero; prevenzione.

MODULO PLUS:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** prestazioni post-Ricovero; prevenzione plus; visite specialistiche.

MODULO EXTRA:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** prestazioni post-Ricovero; prevenzione Plus; visite specialistiche.

MODULO TOP:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Ricovero; Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero; Prevenzione; Prevenzione completa; Visite specialistiche.

MODULO ELITE:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Ricovero; Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero; Prevenzione; Prevenzione completa; Alta specializzazione; Stati di non autosufficienza temporanea.

MODULI SPECIFICI
(acquistabili singolarmente o in abbinamento ad un MODULO BASE)

MODULO MY BUSINESS:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** diaria da Ricovero; diaria da convalescenza; diaria da immobilizzazione; diaria per inabilità temporanea da Malattia.

MODULO MY SMILE:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** prevenzione odontoiatrica; cure odontoiatriche e terapie conservative; accertamenti diagnostici odontoiatrici; cure dentarie da infortunio; Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero.

MODULO MY PET:

✓ **Garanzie Spese Veterinarie:** ricovero e Day Hospital con Intervento Chirurgico dell'Animale; Visite veterinarie, visite veterinarie specialistiche, Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio dell'Animale.

✓ **Garanzie Assistenza:** Assistenza dell'Animale in pensione.

MODULO INVALIDITÀ PERMANENTE:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Invalidità permanente da Malattia.

MODULI AGGIUNTIVI
(acquistabili solo in abbinamento ad un MODULO BASE)

MODULO MY BABY:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** prestazioni pre e post Ricovero del neonato; visite specialistiche ed accertamenti diagnostici del Neonato;

MODULO MY TRAVEL:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Ricovero urgente all'estero.

✓ **Garanzie Assistenza:** rientro post-Ricovero estero; interprete a disposizione; rientro anticipato dall'estero; viaggio di un familiare all'estero.

MODULO MY TRAINING:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** prevenzione sportiva; Trattamenti fisioterapici riabilitativi e riabilitazione sportiva; visite specialistiche da Infortunio; Alta specializzazione da Infortunio.

MODULO MY KIDS:

✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** visite specialistiche (per i figli); Medicinali (per i figli).

✓ **Garanzie Assistenza e Perdite Pecuniarie:** servizi di domiciliarità; recupero anno scolastico del Figlio; lezioni di Recupero del Figlio.

MODULO MY CAREGIVING:

✓ **Garanzie Assistenza:** invio del personale medico e servizi di domiciliarità; trasporto visite e cicli di terapia.

Che cosa non è assicurato?

× Per le "Garanzie Spese Sanitarie" non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio.

× Per le "Garanzie Spese Veterinarie" non sono assicurate le prestazioni veterinarie che non sono conseguenza di Malattia o Infortunio dell'Animale di proprietà dell'Assicurato.

× Per le "Garanzie Assistenza" non sono assicurate le prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza; 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.

× L'Assicurazione non opera in caso di mancata conformità ai requisiti generali di assicurabilità ed ai requisiti di assicurabilità eventualmente previsti per lo specifico Modulo.

Ci sono limiti di copertura?

! Alle coperture assicurative offerte dall'Assicurazione sono applicati Scoperti (espressi in percentuale) e Franchigie (espresse in cifra fissa) e Massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

! Sono presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.

Per i Moduli Visite & Esami, Grandi interventi e gravi malattie, My Business, Oncologia, Elite e Top, non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che abbiano sofferto o soffrano di:
- tumori maligni insorti nei 5 anni precedenti (salvo quanto previsto dalla normativa vigente in materia di diritto all'oblio oncologico);
- malattie neurodegenerative (quali, a titolo esemplificativo, Alzheimer, Parkinson, sclerosi multipla, SLA e assimilate);
- malattie croniche del fegato e cirrosi epatica;
- sieropositività all'HIV;
- invalidità civile superiore al 60%;
- alcolismo o tossicodipendenza.

Per i Moduli **Visite & Esami, Grandi interventi e gravi malattie, My Business, Elite e Top**, non sono inoltre assicurabili le persone che abbiano sofferto o soffrano di:
- pancreatite acuta o cronica;
- ictus cerebrale insorto nei 10 anni precedenti;
- insufficienza renale cronica;
- diabete mellito di tipo 1 o di tipo 2 insulino-dipendente;
- patologie cardiovascolari rilevanti (quali, a titolo esemplificativo, angina pectoris, infarto, malattie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatie);
- trapianti di organi o arti.

Per il **Modulo My Pet**, l'assicurazione non è operante per animali utilizzati nell'ambito di attività professionali, salvo i casi espressamente previsti (quali, a titolo esemplificativo, cani guida e animali impiegati in attività di pet therapy).
In corso di copertura, la sopravvenienza di condizioni di alcolismo o tossicodipendenza può comportare la cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva.

Sono inoltre previsti limiti di età per l'accesso e la permanenza in copertura:
- per tutti i Moduli, l'Assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato;
- per il Modulo **Invalidità Permanente**, l'Assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al compimento del 67° anno di età;
- per il Modulo **My Baby**, l'Assicurazione può essere stipulata entro il 1° anno di età del figlio dell'Assicurato principale e rinnovata fino al compimento del 2° anno di età.

L'Assicurazione cessa alla prima scadenza annuale successiva al raggiungimento dei suddetti limiti di età, salvo eventuali deroghe.

MODULO GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE:
✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie; Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche; Second Opinion.

MODULO ONCOLOGIA:
✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Indennità seguito di Ricovero per Tumore Maligno; Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche; Ospedalizzazione domiciliare; Second Opinion.

MODULO VISITE & ESAMI (in abbinamento al solo MODULO ELITE):
✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici; Alta specializzazione; Lenti e occhiali.

MODULO MY SMILE SUPER (in abbinamento al solo MODULO ELITE):
✓ **Garanzie Spese Sanitarie:** prevenzione odontoiatrica; cure odontoiatriche e terapie conservative; accertamenti diagnostici odontoiatrici; cure dentarie da infortunio; Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero.

UniSalute presta le garanzie sino all'importo massimo stabilito in Polizza (c.d. Massimale)

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.

Dove vale la copertura?

L'Assicurazione vale in Italia, ad eccezione dei seguenti moduli per i quali vale in tutto il mondo: Modulo Elite (fatta eccezione per le garanzie "Prevenzione" e "Prevenzione Completa", My Business, My Caregiving, My Pet, My Travel, Grandi Interventi e Gravi Malattie (fatta eccezione per la garanzia "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche"), Invalidità permanente, Visite & esami.

Che obblighi ho?

UniSalute offre l'Assicurazione sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente alla stipula, che devono essere veritiere, esatte e complete. Il Contraente è inoltre tenuto a comunicare eventuali cambiamenti che comportino un aggravamento del Rischio nel corso del contratto.
Dichiarazioni inesatte, incomplete o reticenti, nonché l'omessa comunicazione dell'aggravamento del Rischio, possono comportare la cessazione o l'annullamento dell'Assicurazione e la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.
In particolare, in caso di dolo o colpa grave, UniSalute può rifiutare la liquidazione del Sinistro; in assenza di dolo o colpa grave, può ridurre l'Indennizzo in proporzione al minor Premio percepito e recedere dall'Assicurazione.

Quando e come devo pagare?

Il Premio complessivo per i Moduli acquistati è pagato dal Contraente in un'unica soluzione al momento di stipula della Polizza o, in alternativa, fermo restando che il Premio è indivisibile, UniSalute può concedere, se previsto dal canale di vendita, il pagamento frazionato in rate mensili, trimestrali, quadrimestrali e semestrali.
Il pagamento del Premio in rate mensili deve essere eseguito con le modalità previste per il frazionamento mensile del premio tramite addebito ricorrente. Se l'Assicurazione è stipulata 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 è stipulata per il periodo indicato nella Polizza. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio è stata pagata.
Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata del Premio, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.
Se il Contraente non paga una o più rate del Premio successive alla prima, UniSalute, ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile, si riserva la facoltà di sospendere l'Assicurazione dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento. In questo caso, l'Assicurazione riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, si rinnova di Anno in Anno nel caso in cui il Contraente o UniSalute non ne dà disdetta. Inoltre, per il rinnovo dell'Assicurazione, UniSalute può comunicare al Contraente eventuali modifiche del Premio; il relativo mancato pagamento da parte del Contraente determina la cessazione dell'Assicurazione alla data di scadenza per disdetta.
Se l'Assicurazione non è stipulata con tacito rinnovo, cessa automaticamente alla scadenza indicata in Polizza.

Come posso disdire la polizza?

Premesso che sia UniSalute che il contrente possono disdire la Polizza il contraente deve inviare la propria disdetta a UniSalute almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della polizza con:
✓ lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia)
✓ oppure PEC all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it

Se l'Assicurazione viene acquistata tramite tecniche di comunicazione a distanza, il Contraente, entro 14 (quattordici) giorni dalla data in cui la stessa è stata stipulata, ha diritto di recedere con le seguenti modalità:
✓ inviando a UniSalute una comunicazione contenente gli elementi identificativi della Polizza, mediante lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna Italia
✓ oppure a mezzo PEC all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it

Se l'Assicurazione viene acquistata utilizzando un sistema di vendita a distanza organizzato da un Intermediario, il Contraente può inviare la comunicazione relativa al recesso anche allo stesso Intermediario,
oppure
utilizzando la funzione di recesso on line, disponibile per tutto il periodo in cui può essere esercitato il diritto di recesso, sul sito www.unisalute.it ed in area riservata.
In questo caso il Contraente deve cliccare l'apposito comando "recesso polizza" e seguire le successive indicazioni fornite dal sistema.
Il diritto di recesso in questione non può essere esercitato, se nel predetto termine di 14 (quattordici) giorni dalla data in cui l'Assicurazione è stata stipulata, risulta presente un sinistro in qualsiasi stato (aperto, in valutazione, integra documenti, in pagamento, pagato) associato alla Polizza.

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 Per Te

Data: 01/04/2026 - 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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

UniSalute S.p.A. (di seguito anche solo "UniSalute"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol 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 – PEC: unisalute@pec.unipol.it o indirizzo di posta elettronica ordinaria: info@unisalute.it. UniSalute 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 2025, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 340,4 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 150,6 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 2025, è pari ad € 156,4 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 39,1 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 342,8 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2025, pari a 2,19 volte il requisito patrimoniale di solvibilità e 8,77 volte il requisito minimo di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

All'Assicurazione si applica la legge italiana se il Rischio è ubicato in Italia.

Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO	
Condizione Specifica Formula Senza Franchigia	**In abbinamento al solo Modulo Elite**
	Per la Garanzia "Ricovero" è prevista l'applicazione di uno Scoperto esclusivamente in caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate. Scoperto del 20% con un minimo di 1.000 (mille) euro e un massimo di 10.000 (diecimila) euro per Ricovero e Day Hospital; Scoperto del 20% con un minimo di 500 (cinquecento) euro e un massimo di 10.000 (diecimila) euro per Interventi Chirurgici Ambulatoriali. Per la Garanzia "Alta Specializzazione" è prevista l'applicazione di uno Scoperto esclusivamente in caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non convenzionate. Scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro.
	In abbinamento al solo Modulo Visite & Esami
	Per la Garanzia "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" è prevista l'applicazione di uno Scoperto esclusivamente in caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non convenzionate. Scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro. Per la Garanzia "Alta Specializzazione" è prevista l'applicazione di uno Scoperto esclusivamente in caso di utilizzo di Strutture Sanitarie non convenzionate. Scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro.

Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	*Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.*

Ci sono limiti di copertura?

MODULO PLUS: Garanzia "Visite Specialistiche" - è prevista l'applicazione di una **Franchigia di 20 (venti) euro per ogni visita specialistica (o visita omeopatica); MODULO EXTRA:** Garanzia "Visite Specialistiche" - è prevista l'applicazione di una **Franchigia di 20 (venti) euro per ogni visita specialistica (o visita omeopatica); MODULO TOP:** Garanzia "Ricovero" è prevista l'applicazione di una **Franchigia di 1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero e Day Hospital** e una **Franchigia di 500 (cinquecento) euro per Intervento Chirurgico Ambulatoriale**; Garanzia "Visite Specialistiche" è prevista l'applicazione di una **Franchigia di 20 (venti) euro per ogni visita; MODULO ELITE:** Garanzia "Ricovero" – in caso di Ricovero e Day Hospital è prevista l'applicazione di una **Franchigia di 1.500 (millecinquecento) euro** in caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate e l'applicazione di uno **Scoperto del 20% con minimo di 3.000 (tremila) euro e massimo di 10.000 (diecimila) euro** in caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate. In caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale è prevista l'applicazione di una **Franchigia di 500 (cinquecento) euro** in caso di utilizzo di Strutture Sanitarie convenzionate e l'applicazione di uno **Scoperto pari al 20% con minimo di 1.500 (millecinquecento) euro e massimo di 10.000 (diecimila) euro**; Garanzia "Alta Specializzazione" è prevista l'applicazione di una **Franchigia di 20 (venti) euro** in caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate e di uno **Scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 80 (ottanta) euro** in caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate. **MODULO MY BUSINESS:** Garanzia "Diaria per Inabilità temporanea" - la garanzia **opera esclusivamente a seguito di Inabilità Temporanea di almeno 10 (dieci) giorni continuativi; MODULO MY PET:** Garanzia "Ricovero e Day Hospital con Intervento Chirurgico dell'Animale" è prevista l'applicazione di uno **Scoperto pari al 20%; Garanzia** "Visite veterinarie, visite veterinarie specialistiche, Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio dell'Animale" - è prevista l'applicazione di uno **Scoperto pari al 20% per prestazione; MODULO MY TRAINING:** Garanzia "Visite Specialistiche da Infortunio" - è prevista l'applicazione di una Franchigia pari al 20 (venti) euro per prestazione; **MODULO MY KIDS:** Garanzia "Medicinali (per i figli)" - è prevista l'applicazione di uno **Scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di 10 (dieci) euro** per ogni fattura/scontrino fiscale; **MODULO GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE:** Garanzia "Ricovero per Grande Intervento" - è prevista l'applicazione di uno **Scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro ed un massimo di 6.000 (seimila) euro a carico dell'Assicurato** in caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate; **MODULO INVALIDITÀ PERMANENTE:** Garanzia "Invalidità permanente da malattia" - la garanzia opera esclusivamente a seguito di **Invalidità Permanente accertata di grado superiore al 25%. MODULO VISITE & ESAMI:** Garanzia "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" è prevista l'applicazione di una Franchigia di 20 (venti) euro in caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate e l'applicazione di uno **Scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di 80 (ottanta) euro** in caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate. Garanzia "Alta Specializzazione" è prevista l'applicazione di una **Franchigia di 20 (venti) euro** in caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate e di uno **Scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di 80 (ottanta) euro** in caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate. Garanzia "Lenti e occhiali", è prevista l'applicazione di uno **Scoperto del 20% per fattura**. Sono inoltre previste le seguenti esclusioni: **MODULO ESSENTIAL:** le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicura zione fatta eccezione per la garanzia "PREVENZIONE"; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono inoltre escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia); la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza; le prestazioni con 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 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 ha preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche; le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer; le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V. **MODULO PLUS:** le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione, fatta eccezione per le garanzie "PREVENZIONE COMPLETA" – "VISITE SPECIALISTICHE"; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono inoltre escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia); la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali; 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 ha 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 tec-

nica, 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. **MODULO EXTRA:** le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione, fatta eccezione per le garanzie "PREVENZIONE COMPLETA" – "VISITE SPECIALISTICHE"; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono inoltre escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia); la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali; 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 ha preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche; le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer; le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V. **MODULO TOP:** le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione, fatta eccezione per le garanzie "PREVENZIONE" – "PREVENZIONE COMPLETA" – "VISITE SPECIALISTICHE"; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, 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); la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni Psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero"; le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; 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 idroscì, 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; le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale; l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza; le prestazioni con 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 prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali; le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, e inoltre i Ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura; 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. **MODULO ELITE:** le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione, fatta eccezione per le garanzie "PREVENZIONE" – "PREVENZIONE COMPLETA" le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, 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);la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni Psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero"; le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; 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 idroscì, 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; le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale; l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza; le prestazioni con 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 prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali; le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, e inoltre i Ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento; le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura; 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. Limitatamente alle prestazioni previste dalla garanzia **"Stati di non autosufficienza temporanea"** l'Assicurazione non opera per le conseguenze: dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave; di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute; di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici; di tutte le Terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali. **MODULO MY BUSINESS:** le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, 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); la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; 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 idroscì, 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; le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale; l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza; le prestazioni con 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 prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali; 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 degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali anche se nell'ambito di Istituto di Cura; 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 e i Day Hospital durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio; Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer; H.I.V. e gli stati patologici ad essa correlati. **MODULO MY CAREGIVING:** le Prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza; 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. **MODULO MY SMILE:** le conseguenze dirette di Infortuni nonché le Malattie, le Malformazioni o i Difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula dell'Assicurazione; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione; stipulazione del contratto; le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione); il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; gli Infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il freeclimbing, il rafting e l'alpinismo estremo, e inoltre dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno; gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato; le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave; le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche; le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine; le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale e inoltre le Cure sperimentali e i medicinali biologici; Limitatamente alle prestazioni previste alla garanzia "CURE ODONTOIATRICHE E TERAPIE CONSERVATIVE" e "Cure dentarie da infortunio", l'Assicurazione non opera per protesi estetiche; trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche. **MODULO MY PET:** Infortuni o Malattie preesistenti alla stipula della Polizza; Malattie o difetti fisici di carattere congenito o riferibili a fattori ereditari; Interventi chirurgici per recidiva di neoplasia; ernie; FELV – FIV (Solo per gatti); Malattie mentali e problemi comportamentali; gravidanza, patologie connesse, parto spontaneo e cesareo; infertilità, sterilità e fecondazione artificiale; controlli di routine e/o facoltativi; le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure sperimentali; acquisto di vaccini e antiparassitari; Medicinali, tranne quanto previsto a seguito di Interventi Chirurgici; soppressione e cremazione per pericolosità; leishmania; taglio coda, taglio orecchie, chirurgia estetica e plastica, oculistica; Infortuni o Malattie conseguenti all'impiego dell'Animale nell'attività venatoria; Infortuni accaduti durante la partecipazione a competizioni sportive e manifestazioni simili (salvo i concorsi di bellezza riconosciuti dall'ENCI e dall'ANFI); uso professionale dell'Animale; uso dell'Animale in violazione della legislazione vigente (maltrattamento, spettacoli o manifestazioni vietate, combattimenti, ecc); Infortuni e Malattie derivanti da condotte dolose o gravemente colpose del Contraente, dell'Assicurato o dei suoi Familiari, e inoltre delle persone a cui è stato affidato l'Animale. **MODULO VISITE & ESAMI:** le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, 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);la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o

tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; 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 idroscì, 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; le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale; l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza; le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali; 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; le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer; le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V. **MODULO MY SMILE SUPER:** le conseguenze dirette di Infortuni nonché le Malattie, le Malformazioni o i Difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula dell'Assicurazione; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione; le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione);il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci e all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; gli Infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il freeclimbing, il rafting e l'alpinismo estremo, e inoltre dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno; gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato; le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave; le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche; le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine; le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale e inoltre le Cure sperimentali e i medicinali biologici; Limitatamente alle prestazioni previste alla garanzia "CURE ODONTOIATRICHE E TERAPIE CONSERVATIVE" e "Cure dentarie da Infortunio", l'Assicurazione non opera per: protesi estetiche; trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche. **MODULO MY BABY:** le conseguenze dirette di Infortuni nonché le Malattie, le Malformazioni o i Difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula dell'Assicurazione; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione; prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione); gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato; le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave; le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche; le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine; le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure sperimentali e i medicinali biologici. **MODULO MY TRAVEL:** le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, 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); la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni Psichiatriche e Psicoterapeutiche"; le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; 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 idroscì, 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; le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale; l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza; le prestazioni con 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 prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali; le degenze programmate; 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 degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura; 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 ha 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. **MODULO MY TRAINING:** le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni

dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato ha preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche; prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. **MODULO MY KIDS:** le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione; le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione); gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato; le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave; le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche; le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine; le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale e inoltre le Cure sperimentali e i medicinali biologici. **MODULO GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE:** le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione; 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); la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni Psichiatriche e Psicoterapeutiche"; le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; 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 idroscì, 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; le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale; l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza; le prestazioni con 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 prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali; 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 degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali anche se nell'ambito di Istituto di Cura; 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. **MODULO ONCOLOGIA:** le conseguenze dirette di Malattie insorte, diagnosticate o curate anteriormente alla stipula dell'Assicurazione; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni Psichiatriche e Psicoterapeutiche"; il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza; le prestazioni con finalità estetiche; le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la medicina non convenzionale, le Cure sperimentali; 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. **MODULO INVALIDITÀ PERMANENTE:** Malattie, Malformazioni e stati patologici manifestatisi prima della stipula dell'Assicurazione; Malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze; intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool, psicofarmaci, e uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni; positività H.I.V. ed AIDS e sindrome ad esse correlate; trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche; conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato e da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona. Sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'Indennizzo; conseguenze dirette o indirette trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o di isotopi radioattivi; per fatti conseguenti a tumulti popolari sommosse popolari, eventi bellici, Atti di Terrorismo, atti di vandalismo, Terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme, malattie professionali soggette all'assicurazione di legge ed elencate nel D.P.R. 30.6.1965 n.1124 e successive modifiche. Sono inoltre escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di decorrenza della presente Assicurazione. Per le maggiori somme conseguenti a variazioni intervenute dopo la stipula dell'Assicurazione, quanto previsto nel primo punto opera dalle ore 24 del giorno di pagamento della variazione.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto risponde a molteplici esigenze di protezione, offrendo garanzie personalizzabili: coperture per le spese sanitarie sostenute a seguito di malattia ed infortunio; coperture per le perdite pecuniarie; prestazioni di assistenza.
"Il prodotto è rivolto a Contraenti persone fisiche e giuridiche che intendono assicurare una o più persone fisiche identificate interessate a molteplici esigenze di protezione. Il prodotto offre garanzie personalizzabili individuate nei diversi Moduli e finalizzate in generale alla copertura delle spese sanitarie sostenute a seguito di malattia e infortunio, alla copertura di perdite pecuniarie e all'erogazione di prestazioni di assistenza" Quindi persone che hanno necessità di rispondere a:

- una specifica esigenza di protezione attraverso specifici Moduli del prodotto;
- diverse esigenze di protezione attraverso diversi Moduli del prodotto.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: La quota parte percepita dagli intermediari è fino al 18% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali Reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento di UniSalute, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (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**, oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei Reclami disponibile sul sito www.unisalute.it. I Reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita Iva) del Reclamante, nonché la descrizione della lamentela. È possibile anche inviare il Reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi Dipendenti o Collaboratori. Le informazioni utili per la presentazione dei Reclami sono riportate sul sito internet di UniSalute www. unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il Reclamo, la funzione Reclami di UniSalute deve fornire riscontro al Reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il Reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi Dipendenti e Collaboratori).
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it, anche con il modello ivi disponibile.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org), dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale".
Mediazione	Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto-legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo 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 decide in modo vincolante per le parti a maggioranza dei voti. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	**Trattamento fiscale.** Le aliquote delle imposte attualmente in vigore sono: 2,5% Infortuni//2,5% Malattia//Perdite Pecunarie 21,25%//10% per Assistenza.

COSA È IL DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO?	
Diritto all'Oblio Oncologico	**Se il Contraente o, se persona diversa, l'Assicurato - a cui sia richiesto di fornire informazioni relative al proprio stato di salute - è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche -** il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - **non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.** Il **termine è ridotto da dieci a cinque anni**, nel caso in cui la **patologia** sia **insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età**. Per le **patologie oncologiche** previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono **previsti termini inferiori**, indicati nella **Tabella, consultabile sul sito internet della Società al seguente link https://www.unisalute.it/informativa-oblio-oncologico**.
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il Contraente/Assicurato, che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente alla Società o all'Intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla Legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del Contraente/Assicurato. La Società ha l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il Contraente/Assicurato. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del Contraente o dell'Assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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. (PER PAGARE IL PREMIO ASSICURATIVO SUCCESSIVO AL PRIMO, CAMBIARE IL METODO DI PAGAMENTO INIZIALMENTE SCELTO, RICHIEDERE LA LIQUIDAZIONE DEL SINISTRO E LA MODIFICA DEI PROPRI DATI PERSONALI).

UniSalute Per Te

Assicurazione spese sanitarie

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 41006 / 000 / 00000 / H - Ed.01/04/2026

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

Unipol

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

INDICE

PRESENTAZIONE **4**

GLOSSARIO **5**

SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE **11**
Condizioni di acquisto dei singoli moduli dell'assicurazione 11
Persone assicurate e condizioni di assicurabilità 11
Quando comincia la copertura e quando finisce 12
Quando e come devo pagare 14
Che obblighi ho 17
Altre norme 17

SEZIONE 2: MODULI DELL'ASSICURAZIONE **19**

MODULO ESSENTIAL **19**
Norme specifiche 19
Garanzie spese sanitarie 19
Servizi accessori 21
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti 21
MODULO PLUS **22**
Norme specifiche 22
Garanzie spese sanitarie 22
Servizi accessori 24
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti 25
MODULO EXTRA **26**
Norme specifiche 26
Garanzie spese sanitarie 26
Servizi accessori 29
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti 29
MODULO TOP **30**
Norme specifiche 30
Garanzie spese sanitarie 30
MODULO ELITE **38**
Norme specifiche 38
Garanzie spese sanitarie 38
Servizi accessori 48
MODULO MY BUSINESS **50**
Norme specifiche 50
Garanzie spese sanitarie 50
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti 52

MODULO MY CAREGIVING ... **53**
Garanzie assistenza ... 53
Servizi accessori ... 54
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti ... 55
MODULO MY SMILE ... **56**
Norme specifiche ... 56
Garanzie spese sanitarie ... 56
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti ... 59
MODULO MY PET ... **60**
Norme specifiche ... 60
Garanzie spese veterinarie ... 61
Garanzie assistenza ... 62
Servizi accessori ... 63
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti ... 64
MODULO MY BABY ... **65**
Garanzie spese sanitarie ... 65
Servizi accessori ... 66
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti ... 67
MODULO MY TRAVEL ... **68**
Garanzie spese sanitarie ... 68
Garanzie assistenza ... 70
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti ... 71
MODULO MY TRAINING ... **72**
Norme specifiche ... 72
Garanzie spese sanitarie ... 72
Servizi accessori ... 73
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti ... 74
MODULO MY KIDS ... **75**
Garanzie spese sanitarie ... 75
Garanzie assistenza e perdite pecuniarie ... 76
Servizi accessori ... 77
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti ... 78
MODULO GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE ... **79**
Norme specifiche ... 79
Garanzie spese sanitarie ... 79
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti ... 83
MODULO ONCOLOGIA ... **84**
Norme specifiche ... 84
Garanzie spese sanitarie ... 84
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti ... 87
MODULO INVALIDITÀ PERMANENTE ... **88**
Norme specifiche ... 88
Garanzie spese sanitarie ... 88
Servizi accessori ... 90
Tabella di sintesi limiti/sottolimiti e franchigie e scoperti ... 91

MODULO VISITE & ESAMI 92
Norme Specifiche 92
Garanzie Spese Sanitarie 92
MODULO MY SMILE SUPER 96
Norme specifiche..... 96
Garanzie spese sanitarie..... 96
SEZIONE 3: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI.....100
Allegato A: tariffa..... 106
Allegato B: grandi interventi chirurgici 107
Allegato C: valutazione invalidità permanente da malattia 109
Allegato D: modulo di denuncia sinistro..... 113
Allegato E: modulo di denuncia del sinistro spese veterinarie..... 114
Allegato F: scheda anamnestica odontoiatrica..... 117
Informativa privacy..... 120
Informativa precontrattuale per contratti danni stipulati a distanza..... 125

PRESENTAZIONE

UniSalute Per Te è il prodotto assicurativo offerto da UniSalute S.p.A. per rispondere alle Tue esigenze di protezione in ambito salute.

Sono, infatti, previsti vari Moduli, disciplinati nelle presenti Condizioni di Assicurazione, ciascuno dei quali comprende un insieme di garanzie a copertura di bisogni specifici per creare la copertura più adatta alle tue esigenze assicurative.
Di seguito troverai:

- il **GLOSSARIO**, dove si specifica il significato delle parole che, nelle presenti Condizioni di Assicurazione, sono contraddistinte dalla lettera maiuscola iniziale;
- la **SEZIONE 1** - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE, che contiene le norme applicabili a tutti i Moduli;
- la **SEZIONE 2** - MODULI DELL'ASSICURAZIONE, che contiene i singoli pacchetti di garanzie che puoi attivare;

CONSULTA LA POLIZZA PER VERIFICARE QUALI MODULI HAI ACQUISTATO.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

- la **SEZIONE 3** - NORME CHE REGOLANO I SINISTRI, che contiene le norme che si applicano in caso di denuncia e liquidazione dei Sinistri;
- gli ALLEGATI:
  - TARIFFA;
  - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI;
  - VALUTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA;
  - MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO;
  - MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO SPESE VETERINARIE;
  - SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA;
  - INFORMATIVA PRIVACY;
  - INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA.

Per facilitare la consultazione e la lettura delle Condizioni di Assicurazione, abbiamo inserito appositi box contrassegnati con questo simbolo che Ti forniscono informazioni aggiuntive, approfondimenti specifici relativi ad aspetti dell'Assicurazione di particolare rilevanza e/o esemplificazioni rispetto a tematiche che potrebbero risultare di difficile comprensione.

Il set informativo di UniSalute Per Te è disponibile sul sito www.unisalute.it e Ti verrà comunque inviato tramite posta elettronica o con altre modalità da Te scelta al momento dell'acquisto.

Grazie per avere scelto UniSalute!

GLOSSARIO

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti l'Assicurazione e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato; le parole al singolare includono il plurale e viceversa.

Aborto
Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto terapeutico
Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

Accertamento diagnostico
Prestazione medica strumentale anche cruenta e/o invasiva atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia.

Agente
Ciascun intermediario che agisce in nome o per conto di UniSalute, iscritto nella sezione A del Registro.

Anagrafe animali d'affezione
Registro ufficiale in cui sono registrati e dettagliati i dati identificativi degli animali domestici, come cani e gatti, che vivono all'interno di una determinata giurisdizione. Questo registro ha lo scopo di tracciare e controllare la popolazione di animali d'affezione, fornendo informazioni utili per la gestione responsabile degli stessi e per garantire il rispetto delle norme legali e sanitarie.

Animale
Animale domestico da compagnia (cane e/o gatto) contrattualmente indicato di proprietà dell'Assicurato.

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

Assicurato
Ciascuna persona fisica, che presenta i requisiti richiesti dall'Assicurazione, titolare dell'interesse protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione
La copertura assicurativa oggetto del presente contratto di assicurazione, come definito dall'Articolo 1882 del Codice Civile, oppure la copertura assicurativa oggetto di ciascuna garanzia del presente contratto di assicurazione.

Assistenza
L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assistito
Persona che riceve assistenza e cure da parte del proprio Caregiver.

Banca
Ciascun intermediario che agisce in nome o per conto di una o più Imprese di Assicurazione o di riassicurazione, iscritto nella sezione D del Registro.

Broker
Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del Registro.

Caregiver
Persona che fornisce assistenza e supporto ad un'altra persona che necessita di cure per motivi di salute, disabilità o anzianità.

Centrale Operativa
È la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che, con costi a carico di UniSalute, provvede a:
- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sull'Assicurazione, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogati.

Contraente
La persona che stipula la Polizza.

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

Cure termali
Trattamenti effettuati in centri/stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

Day-hospital
Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e Terapie mediche 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 Accertamenti diagnostici e dalla documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei Medicinali).

Documentazione veterinaria
Cartella clinica e/o certificato Veterinario contenente, oltre all'identificazione dell'Animale, anamnesi, sintomi, diagnosi, prescrizione veterinaria dell'intervento, sintesi dell'intervento, dimissioni, documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci) ed eventuali terapie post dimissioni, radiografie, esami strumentali e diagnostici con relativi referti.

Esami di laboratorio dell'Animale
Qualsiasi tipo di esame di laboratorio che il Veterinario ritiene necessario per diagnosticare o monitorare la condizione dell'Animale.

Franchigia
La parte di danno determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Quando è espressa in giorni, indica il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Grandi interventi chirurgici
Interventi chirurgici riportati nell'ALLEGATO B.

Gravi Malattie:
- Tumore maligno
- Ictus
- Infarto miocardico acuto

Le definizioni delle Malattie sopra indicate sono riportate nelle singole voci del presente Glossario.

Ictus
Inteso come emorragia o infarto cerebrale dall'esordio improvviso.

Immobilizzazione
Applicazione di mezzi di contenzione costituiti da gesso completo, fasce, docce gessate o altri mezzi comunque immobilizzanti, fissi e rigidi, applicati in Istituti di Cura o da personale medico specializzato e rimovibili solo a seguito di prescrizione del medico, allo scopo di favorire il processo di guarigione di lesioni scheletriche e/o capsulo legamentose. Il tutore immobilizzante deve essere applicato e rimosso da personale medico in seguito a prescrizione specialistica.

Imprese di assicurazione
Le Imprese di Assicurazione autorizzate in Italia e le Imprese di Assicurazione comunitarie che svolgono la loro attività in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi o in regime di stabilimento.

Inabilità Temporanea
Stato di immobilità causato da Malattia o Infortunio che si traduce in incapacità di svolgere le azioni che solitamente vengono svolte durante la propria routine quotidiana a seguito di Infortunio o Malattia. Questa condizione deve essere certificata da medico con specializzazione congrua rispetto alla Malattia o Infortunio.

Indennizzo
La somma dovuta da UniSalute in caso di Sinistro.

Infarto miocardico acuto
Inteso come sindrome coronarica acuta che causa la morte o la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco.

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

Intermediario
L'Agente e/o la Banca e/o Broker che agisce in nome o per conto di UniSalute ai fini della vendita dell'Assicurazione.

Intervento chirurgico
Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici

Invalidità permanente da malattia
Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di Malattia, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

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.

Libretto Sanitario
Documento rilasciato dal Veterinario contenente i dati identificativi dell'Animale e la sua storia sanitaria. Il passaporto dell'Animale domestico, rilasciato dai servizi veterinari dell'azienda sanitaria locale competente per territorio, è equiparato al Libretto sanitario per la validità della copertura assicurativa.

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

Malattie coesistenti
Le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti
Le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che determinano una influenza peggiorativa sulla Malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Malattia improvvisa
Malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morboso noto all'Assicurato.

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

Massimale/Somma assicurata
L'importo o il numero di prestazioni che rappresenta la spesa massima che UniSalute si impegna a prestare nei confronti delle persone assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

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

Microchip
Dispositivo di identificazione a radiofrequenza a circuiti integrati o transponder RFID incapsulati in un involucro di vetro. L'impianto, applicato nel tessuto sottocutaneo dell'Animale, contiene un numero identificativo unico.

Modulo
Insieme di garanzie che coprono determinati bisogni di protezione dell'Assicurato in ambito salute. Ciascun Modulo è disciplinato da condizioni specifiche.

Modulo Aggiuntivo
Ha il significato espresso all'articolo 1 – TIPOLOGIE DI MODULI

Modulo Base
Ha il significato espresso all'articolo 1 – TIPOLOGIE DI MODULI

Modulo Specifico
Ha il significato espresso all'articolo 1 – TIPOLOGIE DI MODULI

PEC
Posta elettronica certificata.

Perdita pecuniaria
Il danno consistente nelle perdite di varia natura, anche per costi o spese da sostenere, sopportate o che potrebbero essere sopportate dall'Assicurato.

Periodi di carenza contrattuale
Periodo nel quale non sono attive le garanzie dell'Assicurazione e pertanto non possono essere autorizzate prestazioni dirette né rimborsate le spese sostenute.

Piano terapeutico odontoiatrico
Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che la Struttura sanitaria convenzionata e lo stesso Assicurato concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato a UniSalute per rendere possibile la successiva Presa in carico. Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova Presa in carico da parte di UniSalute.

Polizza
Il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'articolo 1888 del Codice civile.

Premio
La somma dovuta dal Contraente a UniSalute.

Presa in carico
Comunicazione di UniSalute alla Struttura sanitaria convenzionata in ordine alle prestazioni che UniSalute stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente alla stessa. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nell'Assicurazione.

Prestazioni miste
Prestazioni sanitarie, erogate da Strutture sanitarie convenzionate, alle quali concorrono:
- sia prestazioni sanitarie eseguite da personale medico convenzionato, ai fini dell'Assicurazione, dalle stesse Strutture sanitarie convenzionate;
- sia prestazioni sanitarie eseguite da personale medico NON convenzionato, ai fini dell'Assicurazione, dalle stesse Strutture sanitarie convenzionate.

Prestazioni psichiatriche
Procedure volte alla cura e alla riabilitazione dei disturbi psichici e mentali.

Prestazioni psicoterapeutiche
Colloqui volti a scoprire le cause di un disturbo psichico e a impostarne l'adeguata Terapia. Possono esserne abilitati sia gli psichiatri sia gli psicologi iscritti all'albo.

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza
Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo tutore legale o dall'amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

Registro
Il registro unico elettronico degli Intermediari Assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

Ricovero
La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Ricovero dell'animale
Degenza dell'Animale nella struttura veterinaria comportante pernottamento, documentata da Documentazione veterinaria.

Rischio
La probabilità del verificarsi del Sinistro.

Scheda anamnestica
Documento redatto dal dentista/odontoiatra, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

Scoperto
La parte di danno, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Second opinion
Consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da medici specialisti internazionali.

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

SiSalute
SiSalute S.r.l è una società di servizi, interamente controllata da UniSalute S.p.A., soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A., che svolge servizi nel settore dell'assistenza alla persona e in particolare nel settore dell'assistenza sanitaria integrativa anche tramite il proprio strumento digitale (App "SiSalute Up").

Struttura Organizzativa
È la struttura di UniSalute, attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno, costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza.

Struttura sanitaria convenzionata
Qualsiasi Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, ambulatorio odontoiatrico con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle relative prestazioni.

Struttura sanitaria non convenzionata
Qualsiasi Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico, ambulatorio odontoiatrico con cui UniSalute NON ha definito un accordo per il pagamento diretto delle relative prestazioni.

Tatuaggio
Modalità di identificazione del cane tramite numeri e lettere sull'orecchio o all'interno della coscia destra dell'Animale.

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

Tumore maligno
Le neoplasie sia solide che liquide comportanti la crescita, l'invasione e la diffusione incontrollata in organi o tessuti sani da parte di cellule con caratteristiche di malignità. Sono espressamente esclusi i tumori risultanti "in situ" ed i tumori della pelle.

UniSalute
UniSalute S.p.A., cioè la Compagnia assicuratrice.

Veterinario
Un professionista della medicina veterinaria, legalmente qualificato e autorizzato a praticare la cura degli Animali.

Visite veterinarie
Visite di un Veterinario necessarie a seguito di problemi di Malattia o Infortunio dell'Animale.

Visita specialistica
La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale.
Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in medicina generale nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il biologo nutrizionista).

SEZIONE 1: NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

CONDIZIONI DI ACQUISTO DEI SINGOLI MODULI DELL'ASSICURAZIONE

1. TIPOLOGIE DI MODULI

Sono previste 3 (tre) tipologie di Moduli sulla base delle relative condizioni di acquisto:

- i Moduli Base (alternativi tra loro), acquistabili singolarmente o in combinazione ad uno o più Moduli Aggiuntivi e/o Specifici, come individuati di seguito;
- i Moduli Specifici, acquistabili singolarmente o in combinazione ad un Modulo Base (I Moduli MySmile e MySmile Super sono alternativi tra loro)
- i Moduli Aggiuntivi, acquistabili solo in combinazione ad un Modulo Base.

Di seguito, l'elenco dei Moduli per ogni tipologia:

MODULI BASE	MODULI SPECIFICI	MODULI AGGIUNTIVI
Modulo - ESSENTIAL	Modulo - MY BUSINESS	Modulo – MY BABY
Modulo - PLUS	Modulo – MY SMILE	Modulo – MY TRAVEL
Modulo - EXTRA		Modulo – MY TRAINING
Modulo – TOP	Modulo – MY PET	Modulo – MY KIDS
Modulo - ELITE	Modulo – INVALIDITÀ PERMANENTE	Modulo – MY CAREGIVING
		Modulo – VISITE & ESAMI*
		Modulo – MY SMILE SUPER*
		Modulo - GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE
		Modulo – ONCOLOGIA

*I Moduli Visite & Esami e My Smile Super sono acquistabili solo in abbinamento al Modulo Elite.

Previa autorizzazione da parte di UniSalute, i Moduli Aggiuntivi e i Moduli Specifici possono essere abbinati ad un Modulo Base anche successivamente al suo acquisto.

È consentito l'acquisto di nuovi Moduli in corso di annualità della Polizza, ad eccezione dei Moduli tra loro alternativi.
Le condizioni di acquisto previste nel presente articolo devono essere rispettate per ciascun Assicurato.

PERSONE ASSICURATE E CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

2. PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è prestata a favore della persona individuata dal Contraente come Assicurato principale e degli eventuali altri Assicurati inclusi nell'Assicurazione per effetto del successivo articolo "INCLUSIONI".
Il Premio deve essere pagato in relazione ad ogni Assicurato.

Ciascun Assicurato deve rispettare i requisiti indicati nei seguenti articoli "REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ" e nell'articolo "LIMITI DI ETÀ" oltre a quanto previsto nell'articolo "REQUISITI DI ASSICURABILITÀ" di ciascun Modulo, ove presente.

3. INCLUSIONI

Il Contraente, laddove previsto, può includere nell'Assicurazione:

- coniuge o convivente more uxorio dell'Assicurato principale;
- figli dell'Assicurato principale;
- genitore dell'Assicurato principale;

Ciascun familiare sopraindicato deve risultare dallo stato di famiglia dell'Assicurato. L'inclusione di ogni Assicurato deve essere effettuata al momento della stipula della Polizza.
In corso di copertura, l'inclusione di altri Assicurati è ammessa soltanto previa accettazione di UniSalute.

Come posso acquistare i Moduli previsti dal prodotto?
Direttamente sul sito UniSalute **www.unisalute.it**

4. REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ

Ciascun Assicurato deve avere domicilio abituale in uno dei seguenti Stati: Italia, Repubblica di San Marino, Città del Vaticano.

5. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Oblio Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 anni (5 anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi.
Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.
Il successivo Decreto del Ministero della Salute del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.
Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024, poi modificato dal Decreto del 28 novembre 2024, ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'oblio oncologico.
Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

6. LIMITI DI ETÀ

Per ciascun Assicurato, l'Assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al compimento del suo **75° (settantacinquesimo) anno di età, salvo deroga accordata da UniSalute**.
Unicamente per il Modulo "INVALIDITÀ PERMANENTE", per ciascun Assicurato, l'Assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al compimento del suo **67° (sessantasettesimo) anno di età, salvo deroga accordata da UniSalute**.
Per il Modulo "My Baby" l'Assicurazione può essere stipulata fino al compimento **del 1° (primo) anno di età del figlio dell'Assicurato principale e rinnovata fino al compimento del suo 2° (secondo) anno di età. L'Assicurazione, pertanto, cessa alla prima scadenza annuale successiva al raggiungimento dei limiti di età indicati nel presente articolo per ciascun Assicurato**.

Per i Moduli indicati di seguito non sono previsti limiti di età dell'Assicurato:
- MODULO "MY PET";
- MODULO "MY CAREGIVING".

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

7. DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è stipulata per il periodo indicato nella Polizza, con effetto dalle ore 24 del giorno di inizio, se il Premio o la prima rata di Premio è stata pagata.
Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata del Premio, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.
Se il Contraente non paga una o più rate del Premio successive alla prima, UniSalute, ai sensi dell'articolo 1901 del Codice civile, si riserva la facoltà di sospendere l'Assicurazione dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento. In questo caso, l'Assicurazione riprenderà efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se la Polizza ha durata poliennale:
- il Premio indicato in Polizza è comprensivo di una riduzione – indicata in percentuale - rispetto al Premio che sarebbe previsto per la stessa copertura di durata annuale se è previsto il tacito rinnovo annuale, il Premio che il Contraente deve pagare ad UniSalute in sede di rinnovo è pari al Premio di una sola annualità di Polizza, senza l'applicazione della suddetta scontistica.

Se l'Assicurazione ha una durata superiore ai 5 (cinque) anni, il Contraente **può esercitare la facoltà di recesso dall'Assicurazione solo dopo i primi 5 (cinque) anni di durata contrattuale**, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile, **con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni** e con effetto dalla fine dell'annualità assicurativa nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata. Il Recesso va comunicato con le stesse modalità previste dall'articolo "TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE" per la "Disdetta Contraente".
Se la durata della Polizza è uguale o inferiore a 5 (cinque) anni, **il Contraente non potrà recedere in anticipo l'Assicurazione e dovrà attendere la naturale scadenza**.

8. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto all'articolo "DURATA ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE", si applicano i Periodi di carenza contrattuale eventualmente previsti nella sottosezione "NORME SPECIFICHE" di ciascun Modulo.

Qualora la Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa da UniSalute o altra società appartenente al Gruppo Assicurativo Unipol, riguardante gli stessi Assicurati e il medesimo Rischio, i Periodi di carenza contrattuale di cui sopra operano:

- dal giorno di effetto della polizza sostituita, per le prestazioni e per la somma assicurate da quest'ultima;
- dal giorno di effetto della presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa garantite.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente Polizza, i Periodi di carenza contrattuale suddetti operano dal giorno di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

9. TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE

Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, si rinnova di Anno in Anno nel caso in cui il Contraente o UniSalute non ne dà disdetta nei termini di seguito descritti.

- Disdetta Contraente
  il Contraente deve inviare la propria disdetta, almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza:
  - a UniSalute, con lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia) oppure con PEC all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it;

  oppure
  - all'eventuale Intermediario di riferimento.
- Disdetta UniSalute

UniSalute deve inviare la propria disdetta al Contraente almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza con lettera raccomandata indirizzata all'indirizzo dichiarato dal Contraente.
Non è ammessa la disdetta parziale, cioè la disdetta relativa soltanto ad alcuni dei Moduli che costituiscono l'Assicurazione.

Se UniSalute modifica il Premio per il rinnovo dell'Assicurazione, UniSalute o l'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza, comunica tale modifica al Contraente con raccomandata almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.
Il Contraente può accettare o rifiutare il nuovo Premio proposto.

Se il Contraente accetta, deve pagare il nuovo Premio alla scadenza, in questo modo l'Assicurazione si rinnova e viene variata solo per il Premio.

Se il Contraente non accetta, deve limitarsi a non pagare il nuovo Premio proposto; in questo caso UniSalute rinuncia ad agire per la sua riscossione e l'Assicurazione cessa per disdetta alla data di scadenza.

Se è previsto l'addebito diretto del Premio, il Contraente **deve richiedere l'interruzione dell'addebito** inviando una comunicazione, almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della Polizza, a:

- UniSalute, con le modalità sopra individuate per la "Disdetta Contraente"; oppure
- all'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza;

anche in questo caso UniSalute rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto e l'Assicurazione cessa per disdetta alla data di scadenza.

Diversamente se l'Assicurazione è stipulata senza tacito rinnovo la cessazione avviene alla scadenza indicata in Polizza senza obbligo di disdetta.

La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza?
Solo se la Polizza prevede espressamente il "tacito rinnovo", la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore Anno e così successivamente, fino a quando il Contraente o UniSalute non deciderà di darne disdetta con preavviso di almeno 30 (trenta) giorni rispetto alla data di scadenza dell'Assicurazione.

10. DIRITTO DI RECESSO PER I CONTRATTI CONCLUSI A DISTANZA

Se l'Assicurazione viene acquistata tramite tecniche di comunicazione a distanza, **il Contraente, entro 14 (quattordici) giorni dalla data in cui la stessa è stata stipulata, ha diritto di recedere con le seguenti modalità:**

- **inviando a UniSalute una comunicazione contenente gli elementi identificativi della Polizza**, mediante lettera raccomandata indirizzata a *UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna Italia* oppure a mezzo PEC all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it

Se l'Assicurazione viene acquistata utilizzando un sistema di vendita a distanza organizzato da un Intermediario, il Contraente può inviare la comunicazione relativa al recesso anche allo stesso Intermediario.
oppure

- **utilizzando la funzione di recesso on line**, disponibile per tutto il periodo in cui può essere esercitato il diritto di recesso, **sul sito** www.unisalute.it ed in **area riservata**.

In questo caso il Contraente deve cliccare l'apposito comando ***"recesso polizza"*** e seguire le successive indicazioni fornite dal sistema.
A seguito del recesso, il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato entro 30 (trenta) giorni da quello in cui UniSalute o l'Intermediario ha ricevuto la comunicazione di recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.
Se il Contraente esercita il diritto di recesso, nei termini e secondo le modalità sopraindicate, è tenuto a comunicarlo anche agli eventuali altri Assicurati inclusi in Polizza.
L'esercizio del diritto del recesso ha effetto obbligatoriamente rispetto a tutti i Moduli acquistati col medesimo atto di acquisto.
Il diritto di recesso in questione non può essere esercitato, se nel predetto termine di 14 (quattordici) giorni dalla data in cui l'Assicurazione è stata stipulata, risulta presente un sinistro in qualsiasi stato (aperto, in valutazione, integra documenti, in pagamento, pagato) associato alla Polizza.
Per ulteriori informazioni, è possibile consultare l'apposita **Informativa precontrattuale per contratti danni stipulati a distanza**, inserita alla fine del presente contratto.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

11. DETERMINAZIONE DEL PREMIO

Per ciascun Modulo che costituisce l'Assicurazione, il relativo Premio, comprensivo degli oneri fiscali, viene determinato in base all'età e alla residenza di ciascun Assicurato al momento della sottoscrizione della Polizza.
In occasione degli eventuali successivi rinnovi, **il Premio viene adeguato annualmente applicando, rispetto ad ogni singolo Assicurato, un incremento percentuale. Il massimo incremento applicato, in base alla fascia di età di appartenenza, è indicato nell'ALLEGATO A "Tariffa"**.

12. PAGAMENTO DEL PREMIO

Premesso che il Premio è indivisibile, il Contraente può pagare il Premio complessivo per tutti i Moduli acquistati scegliendo una tra le seguenti modalità:

- in un'unica soluzione;
- se previsto dal canale di vendita, in rate mensili, trimestrali, quadrimestrali e semestrali.

Il Contraente può sempre esercitare il diritto di ripensamento?
No, il diritto di ripensamento è riconosciuto al Contraente, entro i termini descritti nel presente contratto, soltanto nel caso di vendita realizzata con tecniche di comunicazione a distanza. Pertanto, al di fuori di questa casistica, il Contraente non può recedere dalla Polizza.

Che cos'è una vendita realizzata con tecniche di comunicazione a distanza?
Si tratta dei casi in cui l'Assicurazione è acquisita a distanza, senza la presenza fisica e simultanea del Contraente e dell'Intermediario (o, comunque, di un rappresentante di UniSalute), mediante l'uso esclusivo di uno o più mezzi di comunicazione a distanza fino alla conclusione dell'Assicurazione, compresa la conclusione della Assicurazione stessa. Pertanto, NON rientrano in questa casistica, per esempio, le vendite realizzate presso i locali commerciali di un'Agente o le filiali di una Banca. Sono, invece, vendite a distanza, gli acquisti online.

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

Quali modalità di pagamento sono previste in caso di acquisto online della Polizza?
In caso di acquisto della Polizza sul sito di UniSalute www.unisalute.it è possibile pagare il Premio solo in un'unica soluzione o in rate mensili.

La modalità di pagamento deve essere scelta dal Contraente nella fase di sottoscrizione della Polizza.
Il pagamento del Premio in un'unica soluzione deve essere eseguito nel momento della stipulazione della Polizza.
Il pagamento del Premio frazionato in rate trimestrali, quadrimestrali e semestrali deve essere eseguito dal Contraente alle scadenze concordate presso l'eventuale Intermediario che ha venduto la Polizza oppure online, tramite i canali digitali di UniSalute (es. sito internet www.unisalute.it).

Il pagamento del Premio frazionato in rate mensili deve essere eseguito con le modalità previste dal successivo articolo "FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE".

13. FRAZIONAMENTO MENSILE DEL PREMIO TRAMITE ADDEBITO RICORRENTE

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

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 è valida dal momento in cui il Contraente conferma tale richiesta. L'addebito finisce o automaticamente, quando termina l'Assicurazione, oppure se UniSalute comunica la revoca del frazionamento mensile.

A.2 Obblighi del Contraente

Alla stipula, il Contraente deve:

i. Aderire alla funzionalità denominata "Aggregatore dei metodi di pagamento" gestito da Unipol Assicurazioni per conto di UniSalute;
ii. se Persona Fisica, aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivare il profilo di Area Riservata, messa a disposizione del Contraente da UniSalute sul proprio sito e mediante APP, fornendo il proprio indirizzo e-mail 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) o attivi il profilo di Area Riservata fornendo indirizzo e-mail e numero di cellulare di tale soggetto;
iii. comunicare un metodo di pagamento ricorrente tra quelli previsti al precedente articolo A.1;
iv. provvedere subito al pagamento anticipato della prima rata con una delle modalità consentite da UniSalute;
v. obbligarsi a pagare il Premio residuo in rate mensili, con il metodo di pagamento di cui al punto (ii).

Durante la validità dell'Assicurazione, il Contraente deve comunicare tempestivamente a UniSalute eventuali variazioni degli strumenti di addebito ricorrente, nonché eventuali revoche del servizio di addebito. Il Contraente può inoltre modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente recandosi in Agenzia/Punto Vendita o tramite l'Area Riservata.

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

La richiesta di pagamento del Premio tramite addebito ricorrente autorizza UniSalute a inviare all'Istituto di Credito e/o all'Istituto di Moneta Elettronica del cliente gli ordini di addebito della rata mensile del Premio nelle seguenti tempistiche:

- per addebiti tramite SEPA Direct Debit - nei 5 giorni lavorativi prima della scadenza della rata, o 6 giorni lavorativi prima nel caso in cui la data di scadenza della rata mensile coincida con il sabato, la domenica o un giorno festivo;
- per addebiti tramite Carta di Credito/Debito - 1 giorno lavorativo prima della scadenza della rata.

In seguito all'avvenuto addebito, UniSalute comunica al Contraente la copertura delle garanzie previste nella in Polizza e fornisce in Area Riservata e APP la quietanza per la quale è stato pagato il Premio.

La Polizza costituisce l'assolvimento dell'obbligo di prenotifica degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) di UniSalute verso il Contraente.

B.2 Mancato addebito

In caso di mancato addebito, UniSalute comunica al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura per le garanzie previste in Polizza a partire dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo alla scadenza della rata non pagata e non procede all'addebito di eventuali altre rate successive. A questo punto il Contraente deve comunicare:

- se il metodo di pagamento è ancora valido - in questo caso UniSalute effettua ulteriori tentativi di addebito della rata non pagata, comunicando sempre al Contraente il loro esito; ;
- se il metodo non è più valido - in tal caso il Contraente deve indicare un nuovo metodo tra quelli previsti al precedente punto A.1, che opera a partire dal tentativo di addebito successivo a quello non andato a buon fine. Se non lo fornisce, la concessione del frazionamento mensile sarà revocata e il Contraente dovrà pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione con una diversa modalità di pagamento.

Se tutti i tentativi di addebito della rata di Premio dovuta sono negativi, il Contraente deve pagare quest'ultima rata tramite Area Riservata o APP o concordando con l'Agenzia/Punto Vendita una diversa modalità di pagamento. Trascorsi 45 (quarantacinque) giorni dal mancato pagamento di una rata di Premio senza che il Contraente abbia regolarizzato la posizione, UniSalute comunica la revoca del frazionamento mensile, e il Contraente deve pagare tutte le rate di Premio restanti in un'unica soluzione tramite Area Riservata o APP o concordando con l'Agenzia/Punto Vendita una diversa modalità di pagamento.

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

Se il metodo di pagamento è SEPA Direct Debit e il titolare si avvale del diritto al rimborso degli addebiti previsto dal SEPA Direct Debit Scheme Rulebook, il Contraente dove pagare le rate rimborsate e indicare un nuovo metodo di pagamento se quello in uso non è più valido.

C. Rinnovo del contratto

Se il contratto assicurativo è stipulato senza tacito rinnovo, il Contraente che intende rinnovarlo e consentire la prosecuzione dell'addebito ricorrente senza interruzioni deve accettare le condizioni di rinnovo:

- almeno 8 (otto) giorni lavorativi antecedenti la scadenza in caso di pagamento ricorrente tramite SEPA Direct Debit;
- almeno 2 (due) giorni lavorativi prima della scadenza in caso di pagamento tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

Il rinnovo con questa modalità di pagamento sarà possibile a patto che UniSalute mantenga la disponibilità al frazionamento mensile con addebito ricorrente.

Se l'accettazione delle condizioni di rinnovo avviene dopo tali termini, il Contraente dovrà pagare la prima rata concordando con l'Agenzia/Punto Vendita una diversa modalità di pagamento, mentre l'addebito ricorrente riprenderà per le rate successive.

Qualora in capo al Contraente risultino una o più rate mensili non pagate, il frazionamento mensile non potrà essere rinnovato fino a che il Contraente non abbia provveduto a corrispondere tutte le rate non pagate.

D. Revoca del frazionamento mensile

Durante la validità del Contratto UniSalute revoca la concessione del frazionamento mensile in questi casi:

- cessione del contratto, in presenza di consenso di UniSalute;
- se vengono meno i requisiti previsti al precedente articolo A.2 o si verifichi uno dei casi di mancato addebito di cui al precedente articolo B.2 che abbiano come conseguenza la revoca del frazionamento mensile;
- se il Contraente richiede che le comunicazioni contrattuali avvengano su supporto cartaceo, a differenza di quanto previsto dal precedente articolo A.3.

Se Unisalute revoca il frazionamento mensile, il Contraente dovrà pagare le rate del Premio annuo restanti in un'unica soluzione, concordando con UniSalute una diversa modalità di pagamento.

CHE OBBLIGHI HO

14. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

UniSalute offre l'Assicurazione in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente alla stipula.
Se la dichiarazione contiene informazioni errate o incomplete UniSalute può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile ad un Premio più alto. **In questo caso, se il Contraente rilascia tali informazioni errate o incomplete con dolo (cioè con coscienza e volontà) o colpa grave, UniSalute può rifiutare la liquidazione del Sinistro e chiedere l'annullamento dell'Assicurazione. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, UniSalute può liquidare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dall'Assicurazione (ad esempio, se UniSalute ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).**
Il contratto viene stipulato sul presupposto che ogni Assicurato abbia domicilio abituale in Italia, nella Repubblica di San Marino, o nella Città del Vaticano, come previsto dall'art. "REQUISITI GENERALI DI ASSICURABILITÀ". **Ciascun Assicurato, quindi, è tenuto a comunicare tempestivamente a UniSalute qualsiasi modifica del proprio domicilio abituale in uno Stato diverso da quelli indicati nel presente articolo.**

Ricevuta la comunicazione dall'Assicurato:
- nel caso in cui il nuovo domicilio abituale sia ubicato in uno Stato nel quale UniSalute non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa in regime di libera prestazione di servizi, il contratto cessa dalle ore 24 del giorno antecedente la data del trasferimento;
- negli altri casi UniSalute valuta, anche alla luce di quanto previsto nel successivo articolo "AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO", se e a quali condizioni proseguire l'Assicurazione.

15. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta a UniSalute dei cambiamenti che aggravano il Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati da UniSalute possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi delle disposizioni dell'articolo 1898 del Codice civile.

Nel caso di diminuzione del Rischio, UniSalute è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, come previsto dall'Art. 1897 del Codice civile.

16. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare a UniSalute l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso Rischio.

In caso di Sinistro, il Contraente, o l'Assicurato, deve avvisare tutti gli assicuratori per iscritto e indicare a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'articolo 1910 del Codice civile.

L'Assicurato deve richiedere a ciascun assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo la rispettiva assicurazione autonomamente considerata, purché le somme complessivamente ricevute non superino l'ammontare del danno.

ALTRE NORME

17. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione successive alla stipula della Polizza devono essere accettate da UniSalute e provate per iscritto.

18. FORO COMPETENTE

Per le controversie relative all'Assicurazione, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.

19. LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata all'Assicurazione è quella italiana (quando il rischio è ubicato in Italia).

20. 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 stipula della Polizza.

L'Imposta sulle Assicurazioni applicata al Premio è pari al:
- 2,5%, per il Premio riferito alle garanzie relative ai Rischi Malattia e Infortunio;
- 10%, per il Premio riferito alle garanzie relative al Rischio Assistenza;
- 21,25%, per il Premio riferito alle garanzie relative al Rischio Perdite pecuniarie.

21. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

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

Ai sensi del 2. comma dell'articolo 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

SEZIONE 2: MODULI DELL'ASSICURAZIONE

MODULO ESSENTIAL

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione

NORME SPECIFICHE

23. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", **l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza**.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

24. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato avvenuti durante la sua operatività, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Prestazioni post-Ricovero;
- Prevenzione.

25. PRESTAZIONI POST RICOVERO

Nei casi di Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni elencate di seguito effettuate 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):

- Esami e Accertamenti diagnostici;
- Prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche;
- Trattamenti fisioterapici o rieducativi e Cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera);
- Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.

26. PREVENZIONE

UniSalute liquida le prestazioni elencate, al fine di monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici anche non conclamati.
Le prestazioni possono essere eseguite **esclusivamente nelle Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute a seguito di prenotazione.**

Le prestazioni previste devono essere prenotate in un'unica soluzione.

- Creatinina
- Colesterolo hdl
- Colesterolo ldl
- Urea/azotemia (s)
- Glicemia/glucosio (s)
- Trigliceridi
- Esame emocromocitometrico e morfologico completo (con formula leucocitaria e conteggio piastrine)
- Ves - velocità di sedimentazione delle emazie

La garanzia opera una sola volta per Anno, per Assicurato e in un'unica soluzione.
Le prestazioni si intendono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici .Non è necessaria la prescrizione medica.

Che Cosa Non È Assicurato

27. ESCLUSIONI
L'Assicurazione non opera per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione;
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono inoltre 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, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
f) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
g) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
h) le prestazioni con 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);
i) 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;
j) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato ha preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali, di movimenti tellurici, ed eruzioni vulcaniche;
k) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
l) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Come Assicura

28. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

Relativamente alla garanzia "Prestazioni post-Ricovero", UniSalute rimborsa le spese sostenute in proprio dall'Assicurato per i Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

29. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in Italia.

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.

SERVIZI ACCESSORI

30. SERVIZI ACCESSORI – ESSENTIAL

UniSalute prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute, fruibili attraverso strumenti digitali e/o da remoto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori SiSalute.
Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi fruibili tramite App SiSalute Up da tutti gli Assicurati maggiorenni a seguito di registrazione:

1) **Spazio salute:** possibilità di consultare gratuitamente uno spazio informativo e formativo che offre contenuti multimediali per promuovere benessere, prevenzione e stili di vita sani. Include articoli, video e percorsi interattivi per favorire consapevolezza, apprendimento attivo e cura di sé.
2) **Pharma:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.
3) **Pharma Checker:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato. "Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato potrà rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
4) **Televisita Specialistica a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 12 prestazioni all'anno. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**

Attivazione dei servizi:
Per l'attivazione dei servizi bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up" e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 0513542042, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute, utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità dell'Assicurazione questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

Altri eventuali servizi gratuiti, anche prestati da società terze, sono consultabili sul sito www.unisalute.it o tramite UniSaluteApp.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Prestazioni Post Ricovero	Nessuno	500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno
Prevenzione	Nessuno	1 (una) volta per Anno

MODULO PLUS

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

31. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

32. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, **in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato avvenuti durante la sua operatività**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Prestazioni post-Ricovero;
- Prevenzione Completa;
- Visite specialistiche.

33. PRESTAZIONI POST RICOVERO

Nei casi di Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni elencate di seguito effettuate nei **120 (centoventi) giorni successivi** alla cessazione del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale (purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati):

- 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);
- Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.

34. PREVENZIONE COMPLETA

UniSalute liquida le prestazioni previste da uno dei pacchetti sottoelencati secondo la scelta dell'Assicurato **(i Pacchetti sono alternativi tra loro).**
Non è necessaria la prescrizione medica.
Le prestazioni possono essere eseguite esclusivamente nelle Strutture sanitarie convenzionate a seguito di prenotazione.
Le prestazioni previste da ciascun pacchetto devono essere prenotate in un'unica soluzione.

Pacchetti:

PREVENZIONE DERMATOLOGICA
- Visita specialistica dermatologica
- Mappatura nei/esame in epiluminescenza

PREVENZIONE CARDIOLOGICA
- Visita specialistica cardiologica
- Elettrocardiogramma

PREVENZIONE OCULISTICA
- Visita specialistica oculistica
- Campimetria
- Fotografia del fundus
- Tonometria

PREVENZIONE ENDOCRINOLOGICA
- Visita specialistica endocrinologica
- Ecografia tiroidea

PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA
- Visita specialistica gastroenterologica
- Ecografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)

PREVENZIONE PNEUMOLOGICA
- Visita specialistica pneumologica
- Spirometria di base

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA
- Visita specialistica otorinolaringoiatrica
- Esame audiometrico tonale e/o vocale

Pacchetti specifici per Donna:

PREVENZIONE GINECOLOGICA
- Visita specialistica ginecologica
- Pap test
- Ecografia transvaginale

PREVENZIONE SENOLOGICA
- Visita specialistica senologica
- Ecografia mammaria

Pacchetti specifici per Uomo:

PREVENZIONE ANDROLOGICA
- Visita specialistica andrologica
- Modulo 04 antigene prostatico specifico (PSA)

PREVENZIONE UROLOGICA
- Visita specialistica urologica
- Ecografia vescico prostatica sovrapubica

L'Assicurato può usufruire di un solo pacchetto all'Anno a scelta tra quelli indicati.
Le prestazioni si intendono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

35. VISITE SPECIALISTICHE
UniSalute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e visite omeopatiche conseguenti a Malattia o ad Infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

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 fino al raggiungimento del Massimale di una prestazione per Assicurato e per Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

36. ESCLUSIONI
L'Assicurazione non opera per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni e Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione, fatta eccezione per la garanzia "VISITE SPECIALISTICHE";
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono inoltre 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, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci e all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
f) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
g) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, fitoterapiche, l'agopuntura, la medicina non convenzionale, le Cure sperimentali;
h) 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;
i) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato ha preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
j) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
k) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
l) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Come Assicura

37. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzie "Prestazioni post-Ricovero" e "Prevenzione Completa"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.
UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

Relativamente alla garanzia "Prestazioni post-Ricovero", UniSalute rimborsa le spese sostenute in proprio dall'Assicurato per i Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

Garanzia "Visite Specialistiche"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato, con l'applicazione di una **Franchigia di 20 (venti) euro per ogni visita specialistica (o visita omeopatica) che l'Assicurato paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata**.

38. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in Italia.

SERVIZI ACCESSORI

39. SERVIZI ACCESSORI – PLUS
UniSalute prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute, fruibili attraverso strumenti digitali e/o da remoto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori SiSalute.
Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi fruibili tramite App SiSalute Up da tutti gli Assicurati maggiorenni a seguito di registrazione:
1) **Spazio salute:** possibilità di consultare gratuitamente uno spazio informativo e formativo che offre contenuti multimediali per promuovere benessere, prevenzione e stili di vita sani. Include articoli, video e percorsi interattivi per favorire consapevolezza, apprendimento attivo e cura di sé.

2) **Pharma:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.
3) **Pharma Checker:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato. "Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato potrà rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
4) **Televisita Specialistica a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 12 prestazioni all'anno. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
6) **Prestazioni di Assistenza Domiciliare a tariffa agevolata:** il Cliente ha la possibilità di prenotare ed effettuare servizi di assistenza domiciliare a tariffa scontata, individuando i servizi all'interno del network della Fornitrice. L'Assicurato potrà prenotare per il tramite del Care Manager fino ad un massimo di 3 prestazioni all'anno di assistenza domiciliare. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**

Attivazione dei servizi:
Per l'attivazione dei servizi bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up" e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 0513542042, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute, utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità dell'Assicurazione questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

Altri eventuali servizi gratuiti, anche prestati da società terze, sono consultabili sul sito www.unisalute.it o tramite UniSaluteApp.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Prestazioni Post Ricovero	Nessuno	1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno
Prevenzione Completa	Nessuno	1 (uno) pacchetto all'Anno
Visite Specialistiche	Franchigia di 20 (venti) euro per ogni visita	1 (una) prestazione l'Anno

MODULO EXTRA

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

40. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

41. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, **in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato avvenuti durante la sua operatività**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Prestazioni post-Ricovero;
- Prevenzione Completa;
- Visite specialistiche.

42. PRESTAZIONI POST RICOVERO

Nei casi di Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni elencate di seguito effettuate nei **120 (centoventi) giorni successivi** alla cessazione del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale (purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati):

- 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);
- Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 2.000 (duemila) euro per Assicurato e per Anno.

43. PREVENZIONE COMPLETA

UniSalute liquida le prestazioni previste da uno dei pacchetti sottoelencati secondo la scelta dell'Assicurato **(i Pacchetti sono alternativi tra loro)**.

Non è necessaria la prescrizione medica.
Le prestazioni possono essere eseguite esclusivamente nelle Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute a seguito di prenotazione.
Le prestazioni previste devono essere prenotate in un'unica soluzione.

Pacchetti:

PREVENZIONE DERMATOLOGICA
- Visita specialistica dermatologica
- Mappatura nei/esame in epiluminescenza

PREVENZIONE CARDIOLOGICA
- Visita specialistica cardiologica
- Elettrocardiogramma

PREVENZIONE OCULISTICA
- Visita specialistica oculistica
- Campimetria

- Fotografia del fundus
- Tonometria

PREVENZIONE ENDOCRINOLOGICA
- Visita specialistica endocrinologica
- Ecografia tiroidea

PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA
- Visita specialistica gastroenterologica
- Ecografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)

PREVENZIONE PNEUMOLOGICA
- Visita specialistica pneumologica
- Spirometria di base

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA
- Visita specialistica otorinolaringoiatrica
- Esame audiometrico tonale e/o vocale

Pacchetti specifici per Donna:

PREVENZIONE GINECOLOGICA
- Visita specialistica ginecologica
- Pap test
- Ecografia transvaginale

PREVENZIONE SENOLOGICA
- Visita specialistica senologica
- Ecografia mammaria

Pacchetti specifici per Uomo:

PREVENZIONE ANDROLOGICA
- Visita specialistica andrologica
- Modulo 04 antigene prostatico specifico (PSA)

PREVENZIONE UROLOGICA
- Visita specialistica urologica
- Ecografia vescico prostatica sovrapubica

L'Assicurato può usufruire di un solo pacchetto all'Anno a scelta tra quelli indicati.
Le prestazioni sono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

44. VISITE SPECIALISTICHE

UniSalute provvede al pagamento delle spese per **Visite Specialistiche e visite omeopatiche** conseguenti a Malattia o ad Infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

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 fino al raggiungimento del Massimale di 3 (tre) prestazioni l'Anno.

Il Massimale si intende prestato per Assicurato e per Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

45. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni e Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione, fatta eccezione per la garanzia "VISITE SPECIALISTICHE";
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono inoltre 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, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
e) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci e all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
f) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
g) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, fitoterapiche, l'agopuntura, la medicina non convenzionale, le Cure sperimentali;
h) 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;
i) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato ha preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
j) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
k) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Come Assicura

46. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzie "Prestazioni post-Ricovero" e "Prevenzione Completa"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.
Relativamente alla garanzia "Prestazioni post-Ricovero", UniSalute rimborsa le spese sostenute in proprio dall'Assicurato per i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura.

Garanzia "Visite Specialistiche"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato, con l'applicazione di una **Franchigia di 20 (venti) euro per ogni Visita Specialistica che l'Assicurato paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata**.

47. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in Italia

SERVIZI ACCESSORI

48. SERVIZI ACCESSORI - EXTRA

UniSalute prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute, fruibili attraverso strumenti digitali e/o da remoto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori SiSalute.
Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi fruibili tramite App SiSalute Up da tutti gli Assicurati maggiorenni a seguito di registrazione:

1) **Spazio salute:** possibilità di consultare gratuitamente uno spazio informativo e formativo che offre contenuti multimediali per promuovere benessere, prevenzione e stili di vita sani. Include articoli, video e percorsi interattivi per favorire consapevolezza, apprendimento attivo e cura di sé.
2) **Pharma:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.
3) **Pharma Checker:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato. "Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato potrà rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
4) **Televisita Specialistica a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 24 prestazioni all'anno. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
6) **Prestazioni di Assistenza Domiciliare a tariffa agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare servizi di assistenza domiciliare a tariffa scontata, individuando i servizi all'interno del network della Fornitrice. L'Assicurato potrà prenotare per il tramite del Care Manager fino ad un massimo di 3 prestazioni all'anno di assistenza domiciliare. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
7) **Care Manager:** è prevista la possibilità di accedere al servizio *"Care Manager"* tramite il quale potrà ottenere l'assistenza telefonica di un operatore specializzato nell'assistenza, in ambito sanitario, che lo indirizzerà al servizio più idoneo in base ai propri bisogni.
8) **Chat e Televisita:** è prevista la possibilità di accedere alla sezione dell'App dedicata tramite la quale potrà chattare direttamente con medico convenzionato con SiSalute che gratuitamente sarà a disposizione per rispondere a preoccupazioni, incertezze e dare consigli. L'Assicurato nel caso utilizzi la Chat avrà, eventualmente, la possibilità di effettuare fino ad un massimo di 12 Televisite con un Medico.

Attivazione dei servizi:
Per l'attivazione dei servizi bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up" e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 0513542042, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute, utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità dell'Assicurazione questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

Altri eventuali servizi gratuiti, anche prestati da società terze, sono consultabili sul sito www.unisalute.it o tramite UniSaluteApp.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Prestazioni Post Ricovero	Nessuno	2.000 (duemila) euro per Assicurato e per Anno
Prevenzione Completa	Nessuno	1 (uno) pacchetto all'Anno
Visite Specialistiche	Franchigia di 20 (venti) euro per ogni visita	3 (tre) prestazioni l'Anno

MODULO TOP

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

49. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che hanno sofferto o soffrono delle seguenti patologie:

a) Tumori Maligni insorti nei 5 anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza, salvo non sia intervenuta guarigione per i casi ed entro i termini stabiliti dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193, *«Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche»* e successive modifiche e aggiornamenti;
b) Morbo di Alzheimer, Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone;
c) Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
d) Pancreatite acuta e cronica;
e) Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
f) Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente);
g) Angina pectoris, infarto insorto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica;
h) Sieropositività all'HIV;
i) Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
j) Trapianti di organi o arti;
k) Alcolismo;
l) Tossicodipendenza;

In corso di copertura, la sopravvenienza delle patologie/dipendenze identificate alle lettere k) e l) può costituire causa di cessazione dell'Assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

50. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del:

- 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia opera a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza;
- 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per il parto e l'Aborto terapeutico.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

51. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato **avvenuti durante l'operatività** dell'Assicurazione, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Ricovero;
- Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero;
- Prevenzione;
- Prevenzione Completa;
- Visite specialistiche.

52. RICOVERO

Nei casi di:

a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

1) **Pre-Ricovero:** esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale **purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale**;
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 o struttura alberghiera;
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 (tremila) euro per Assicurato e per Anno. 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, UniSalute 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 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato e per Anno esclusivamente a rimborso**;

c) Parto e Aborto terapeutico

1) **Parto cesareo:** UniSalute 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 5.000 (cinquemila) euro per Assicurato e per Anno**.
2) **Parto non cesareo e Aborto terapeutico:** UniSalute 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 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno**.

3) **Parto domiciliare:** UniSalute provvede al pagamento di una **indennità forfettaria di 500 (cinquecento) euro. Inoltre, vengono garantite 2 (due) visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto domiciliare**.
4) **Visite post-parto:** UniSalute provvede al pagamento delle spese per le visite specialistiche visite ginecologiche di controllo, visite ostetriche di follow-up, consulenze per l'allattamento e visite per la valutazione del pavimento pelvico. **Si intendono in copertura prestazioni effettuate nei 360 giorni successivi al parto con il limite di 2 (due) prestazioni. La presente garanzia è prestata esclusivamente a rimborso**;

d) Rimpatrio della salma: UniSalute, 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 **20.000 (ventimila) euro per Anno e per Assicurato.**

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 100 (cento) euro per ogni giorno di Ricovero con un massimo non indennizzabile di 100 (cento) giorni per Assicurato**.
UniSalute provvederà comunque al rimborso delle spese previste ai punti 1) Pre-Ricovero e 7) Post-Ricovero della suddetta lettera a).
L'Indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore in caso di Trapianto e in caso di Day-Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

Il Massimale per il complesso di prestazioni sopra elencate è 20.000 (ventimila) euro per Assicurato e per Anno.

53. PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE POST RICOVERO

UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per le **Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero, effettuate nei 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione dello stesso** (indennizzabile secondo le condizioni dell'Articolo "RICOVERO"), dovuto a Malattia o Infortunio.

Tali prestazioni devono essere prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e devono essere effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta/psicologo iscritto all'albo.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.

54. PREVENZIONE

UniSalute liquida le prestazioni elencate, al fine di monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici anche non conclamati.
Non è necessaria la prescrizione medica per l'attivazione della garanzia e le prestazioni si intendono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

Le prestazioni possono essere eseguite esclusivamente nelle Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute a seguito di prenotazione.
Le prestazioni previste devono essere prenotate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste:
- 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

La garanzia opera una sola volta per Anno e in un'unica soluzione. Il Massimale si intende prestato per Assicurato.

55. PREVENZIONE COMPLETA

UniSalute liquida le prestazioni previste da uno dei pacchetti sottoelencati secondo la scelta dell'Assicurato **(i Pacchetti sono alternativi tra loro)**.

Non è necessaria la prescrizione medica per l'attivazione della garanzia e le prestazioni si intendono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

Le prestazioni possono essere eseguite esclusivamente nelle Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute a seguito di prenotazione.
Le prestazioni previste da ciascun pacchetto devono essere prenotate in un'unica soluzione.

PREVENZIONE DERMATOLOGICA
- Visita specialistica dermatologica
- Mappatura nei/esame in epiluminescenza

PREVENZIONE CARDIOLOGICA
- Visita specialistica cardiologica
- Elettrocardiogramma

PREVENZIONE OCULISTICA
- Visita specialistica oculistica
- Campimetria
- Fotografia del fundus
- Tonometria

PREVENZIONE ENDOCRINOLOGICA
- Visita specialistica endocrinologica
- Ecografia tiroidea

PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA
- Visita specialistica gastroenterologica
- Ecografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)

PREVENZIONE PNEUMOLOGICA
- Visita specialistica pneumologica
- Spirometria di base

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA
- Visita specialistica otorinolaringoiatrica
- Esame audiometrico tonale e/o vocale

Pacchetti specifici per Donna:

PREVENZIONE GINECOLOGICA
- Visita specialistica ginecologica
- Pap test
- Ecografia transvaginale

PREVENZIONE SENOLOGICA
- Visita specialistica senologica
- Ecografia mammaria

Pacchetti specifici per Uomo:

PREVENZIONE ANDROLOGICA
- Visita specialistica andrologica
- Modulo 04 antigene prostatico specifico (PSA)

PREVENZIONE UROLOGICA
- Visita specialistica urologica
- Ecografia vescico prostatica sovrapubica

È possibile usufruire di un pacchetto all'Anno a scelta tra quelli indicati. Il Massimale si intende prestato per Assicurato.

56. VISITE SPECIALISTICHE

UniSalute provvede al pagamento delle spese per **Visite specialistiche e visite omeopatiche** conseguenti a Malattia o ad Infortunio, **con l'esclusione delle visite pediatriche effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche.**

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 fino al raggiungimento del Massimale di 3 (tre) prestazioni per Assicurato e per Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

57. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni e Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione, fatta eccezione per la garanzia "VISITE SPECIALISTICHE";
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, 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, salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni Psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero";
d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre 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 idroscì, 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 con 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 sperimentali;
l) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, e inoltre 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 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;

o) 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;

p) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;

q) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;

r) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Come Assicura

58. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzia "Ricovero"

PRESTAZIONI DI RICOVERO E DAY-HOSPITAL

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.
UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo per le spese relative alle prestazioni ricevute con l'applicazione di una **Franchigia di 1.500 (millecinquecento) euro per ogni Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital che l'Assicurato paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata**.

Per le garanzie previste ai punti 8) lett.a) Trasporto Sanitario, b) Protesi e Ausili ortopedici e lett d) Rimpatrio della salma dell'art. "Ricovero" UniSalute provvede esclusivamente al rimborso delle spese, entro i limiti previsti da ciascuna garanzia.

PRESTAZIONI DI INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo per le spese relative alle prestazioni ricevute con l'applicazione di una **Franchigia di 500 (cinquecento) euro per ogni Intervento Chirurgico Ambulatoriale che l'Assicurato paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata**.

Garanzia "Ricovero" – lettera c) Parto e Aborto terapeutico punti 1) 2) e 4)

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo per le spese relative alle prestazioni ricevute con l'applicazione dei Massimali previsti ai singoli punti.

Per la garanzia prevista al punto 3) lett. c) Parto domiciliare UniSalute provvede esclusivamente al pagamento di un'indennità forfettaria di 500 (cinquecento) euro.

Per la garanzia prevista al punto 4) lett.c) Visite post-parto UniSalute provvede esclusivamente al rimborso delle spese, entro i limiti previsti dalla garanzia.

Garanzia "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.
UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo per le spese relative alle prestazioni ricevute.

Garanzie "Prevenzione" e "Prevenzione Completa"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.
UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo per le spese relative alle prestazioni ricevute.

Garanzia "Visite Specialistiche"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.
UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo per le spese relative alle prestazioni ricevute con l'applicazione di una **Franchigia di 20 (venti) euro per ogni Visita Specialistica che l'Assicurato paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata**.

59. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in Italia.

60. SERVIZI ACCESSORI – TOP

UniSalute prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute, fruibili attraverso strumenti digitali e/o da remoto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori SiSalute.
Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi fruibili tramite App SiSalute Up da tutti gli Assicurati maggiorenni a seguito di registrazione:

1) **Spazio salute:** possibilità di consultare gratuitamente uno spazio informativo e formativo che offre contenuti multimediali per promuovere benessere, prevenzione e stili di vita sani. Include articoli, video e percorsi interattivi per favorire consapevolezza, apprendimento attivo e cura di sé.
2) **Pharma:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.
3) **Pharma Checker:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato. "Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato potrà rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
4) **Televisita Specialistica a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 24 prestazioni all'anno. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
6) **Prestazioni di Assistenza Domiciliare a tariffa agevolata:** è prevista ha la possibilità di prenotare ed effettuare servizi di assistenza domiciliare a tariffa scontata, individuando i servizi all'interno del network della Fornitrice. L'Assicurato potrà prenotare per il tramite del Care Manager fino ad un massimo di 3 prestazioni all'anno di assistenza domiciliare. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
7) **Care Manager:** è prevista la possibilità di accedere al servizio *"Care Manager"* tramite il quale potrà ottenere l'assistenza telefonica di un operatore specializzato nell'assistenza, in ambito sanitario, che lo indirizzerà al servizio più idoneo in base ai propri bisogni.
8) **Chat e Televisita:** è prevista la possibilità di accedere alla sezione dell'App dedicata tramite la quale potrà chattare direttamente con medico convenzionato con SiSalute che gratuitamente sarà a disposizione per rispondere a preoccupazioni, incertezze e dare consigli. L' Assicurato nel caso utilizzi la Chat avrà, eventualmente, la possibilità di effettuare fino ad un massimo di 12 Televisite con un Medico. Qualora il Medico ne ravvisi la necessità potrà indirizzare l'Assicurato ad un consulto specialistico incluso nel servizio "Chat e Televisita".
9) **Televisita con Medico:** è prevista la possibilità di effettuare gratuitamente 1 Televisita (canale telefonico) con un Medico H24, 7/7, attraverso la sezione dedicata dello strumento digitale.

Attivazione dei servizi:
Per l'attivazione dei servizi bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up" e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 0513542042, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute, utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità dell'Assicurazione questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

Altri eventuali servizi gratuiti, anche prestati da società terze, sono consultabili sul sito www.unisalute.it o tramite UniSaluteApp.

61. TABELLA

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Ricovero	Franchigia 1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero e Day Hospital Franchigia 500 (cinquecento) per Interventi Chirurgici Ambulatoriali	20.000 (ventimila) euro per Assicurato e per Anno
Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero	Nessuno	500 (cinquecento) euro
Prevenzione	Nessuno	1 (una) volta l'Anno
Prevenzione Completa	Nessuno	1 pacchetto l'Anno
Visite Specialistiche	Franchigia di 20 (venti) euro per prestazione	3 (tre) visite l'Anno

MODULO ELITE

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

62. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Non sono assicurabili le persone che hanno sofferto o soffrono delle seguenti patologie:

a) Tumori Maligni insorti nei 5 anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza, salvo non sia intervenuta guarigione per i casi ed entro i termini stabiliti dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193, *«Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche»* e successive modifiche e aggiornamenti;
b) Morbo di Alzheimer, Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone;
c) Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
d) Pancreatite acuta e cronica;
e) Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
f) Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente);
g) Angina pectoris, infarto insorto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica;
h) Sieropositività all'HIV;
i) Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
j) Trapianti di organi o arti;
k) Alcolismo;
l) Tossicodipendenza;

In corso di copertura, la sopravvenienza delle patologie/dipendenze identificate alle lettere k) e l) può costituire causa di cessazione dell'Assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

63. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del:

- 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza. 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;
- 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per il parto e l'Aborto terapeutico.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

64. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato **avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Ricovero;
- Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero;
- Prevenzione;
- Prevenzione Completa;
- Alta specializzazione;
- Stati di non autosufficienza temporanea.

65. RICOVERO

Nei casi di:

a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, UniSalute 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. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale**;
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 o struttura alberghiera;
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 5.000 (cinquemila) euro per Assicurato e per Anno. 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, UniSalute 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 (tremila) euro per Assicurato e per Anno**, esclusivamente a rimborso;

c) Parto e Aborto terapeutico

1) **Parto cesareo:** UniSalute 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 (diecimila) euro per Assicurato e per Anno**.
2) **Parto non cesareo e Aborto terapeutico:** UniSalute 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 (tremilacinquecento) euro per Assicurato e per Anno**.

3) **Parto domiciliare:** UniSalute provvede al pagamento di una **indennità forfettaria di 500 (cinquecento) euro**. Inoltre, vengono garantite **2 (due) visite di controllo effettuate nei 120 giorni successivi al parto domiciliare**.
4) **Visite post-parto:** UniSalute provvede al pagamento delle spese per le visite specialistiche visite ginecologiche di controllo, visite ostetriche di follow-up, consulenze per l'allattamento e visite per la valutazione del pavimento pelvico. **Si intendono in copertura prestazioni effettuate nei 360 giorni successivi al parto con il limite di 2 (due) prestazioni l'anno. La presente garanzia è prestata esclusivamente a rimborso**;

d) Rimpatrio della salma: UniSalute, 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 **20.000 (ventimila) euro per Anno e per Assicurato**.

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 150 (centocinquanta) euro per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 100 (cento) giorni per Assicurato**.
UniSalute provvederà comunque al rimborso delle spese previste ai punti 1) Pre-Ricovero e 7) Post-Ricovero della suddetta lettera a).
L'Indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore in caso di Trapianto e in caso di Day-Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

f) Ricovero del Neonato: Qualora, a seguito di parto indennizzabile ai sensi di Polizza, si rendesse necessario per il **Neonato nei primi 2 (due) anni di vita** un Ricovero per Malattia anche congenita e/o Infortunio, con gli stessi limiti di Massimale e di copertura pattuiti per la madre e/o per il padre assicurati (qualora in copertura al momento del parto) e sempreché per lo/la stessa sia stato pagato il relativo Premio nel corso del biennio, UniSalute assicura le spese conseguenti a tale Ricovero.

Il Massimale per il complesso di prestazioni sopra elencate è quello scelto ed indicato in Polizza tra quelli di seguito elencati:

a) 100.000 (centomila) euro;
b) 300.000 (trecentomila) euro;

Il Massimale si intende prestato per Assicurato e per Anno.

66. PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE POST RICOVERO

UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per le **Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero, effettuate nei 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione dello stesso** (indennizzabile secondo le condizioni dell'Articolo "RICOVERO"), dovuto a Malattia o Infortunio.

Tali prestazioni devono essere prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e devono essere effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta/psicologo iscritto all'albo.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.

67. PREVENZIONE

UniSalute liquida le prestazioni elencate, al fine di monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici anche non conclamati.

Non è necessaria la prescrizione medica per l'attivazione della garanzia e le prestazioni si intendono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

Le prestazioni possono essere eseguite esclusivamente nelle Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute a seguito di prenotazione.
Le prestazioni previste devono essere prenotate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste:
- 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

La garanzia opera una sola volta per Anno e in un'unica soluzione. Il Massimale si intende prestato per Assicurato.

68. PREVENZIONE COMPLETA

UniSalute liquida le prestazioni previste da uno dei pacchetti sottoelencati secondo la scelta dell'Assicurato **(i Pacchetti sono alternativi tra loro)**.

Non è necessaria la prescrizione medica per l'attivazione della garanzia e le prestazioni si intendono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

Le prestazioni possono essere eseguite esclusivamente nelle Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute a seguito di prenotazione.
Le prestazioni previste da ciascun pacchetto devono essere prenotate in un'unica soluzione.

PREVENZIONE DERMATOLOGICA
- Visita specialistica dermatologica
- Mappatura nei/esame in epiluminescenza

PREVENZIONE CARDIOLOGICA
- Visita specialistica cardiologica
- Elettrocardiogramma

PREVENZIONE OCULISTICA
- Visita specialistica oculistica
- Campimetria
- Fotografia del fundus
- Tonometria

PREVENZIONE ENDOCRINOLOGICA
- Visita specialistica endocrinologica
- Ecografia tiroidea

PREVENZIONE GASTROENTEROLOGICA
- Visita specialistica gastroenterologica
- Ecografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)

PREVENZIONE PNEUMOLOGICA
- Visita specialistica pneumologica
- Spirometria di base

PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA
- Visita specialistica otorinolaringoiatrica
- Esame audiometrico tonale e/o vocale

Pacchetti specifici per Donna:

PREVENZIONE GINECOLOGICA
- Visita specialistica ginecologica
- Pap test
- Ecografia transvaginale

PREVENZIONE SENOLOGICA
- Visita specialistica senologica
- Ecografia mammaria

Pacchetti specifici per Uomo:

PREVENZIONE ANDROLOGICA
- Visita specialistica andrologica
- Modulo 04 antigene prostatico specifico (PSA)

PREVENZIONE UROLOGICA
- Visita specialistica urologica
- Ecografia vescico prostatica sovrapubica

L'Assicurato può usufruire di un solo pacchetto all'Anno a scelta tra quelli indicati. Il Massimale si intende prestato per Assicurato.

69. ALTA SPECIALIZZAZIONE
UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Malattia o Infortunio.

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
- Fistolografia
- 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
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

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

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

Il Massimale per il complesso di prestazioni sopra elencate è 2.000 (duemila) euro. Il Massimale si intende prestato per Assicurato e per Anno.

70. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA

UniSalute garantisce all'Assicurato, **con età minima di 18 (diciotto) anni**, il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di Assistenza per un valore **massimo di 800 (ottocento) euro mensili da corrispondersi per una durata massima di 12 (dodici) mesi** quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

1. Avere limitazioni per compiere uno o più degli atti ordinari della vita di seguito indicati:
   a) spostarsi,
   b) lavarsi,
   c) vestirsi,
   d) nutrirsi.

2. Essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%

3. Essere affetti dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.

4. Essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporanea l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro atti ordinari della vita:
- soddisfare la propria igiene personale (La capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo).
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire).
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio).
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente).

E necessiti temporaneamente ma in modo costante:
- dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di Ricovero.
- Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/Sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata

Che Cosa Non È Assicurato

71. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non opera per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione;
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, 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, salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni Psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero";
d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre 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 idroscì, 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 con 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 sperimentali;
l) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, e inoltre 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 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;
o) 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;
p) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
q) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
r) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Limitatamente alle prestazioni previste dalla garanzia **"Stati di non autosufficienza temporanea"** l'Assicurazione non opera per le conseguenze:
a) dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
b) di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
c) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'Assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
d) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
e) di tutte le Terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

Come Assicura

72. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzia "Ricovero" – lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:
- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie non convenzionate;
- il Servizio Sanitario Nazionale.

PRESTAZIONI DI RICOVERO E DAY-HOSPITAL

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, previa deduzione della Franchigia di 1.500 (millecinquecento) euro per ogni Ricovero o Day-Hospital, UniSalute:
- paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato;
- rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre Ricovero e 7) Post Ricovero dell'Articolo "RICOVERO", lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;

Posto quanto previsto nella Sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI" relativamente alle prestazioni eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata, in caso di Prestazioni miste:
- alle prestazioni eseguite dal personale medico convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella presente lettera a);
- alle prestazioni eseguite dal personale medico NON convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella successiva lettera b) per le Strutture sanitarie non convenzionate.

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e dallo stesso sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile di 3.000 (tremila) euro e un massimo di 10.000 (diecimila) euro a carico dell'Assicurato**;

c) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e dallo stesso sostenute.

Per le garanzie previste ai punti 8) lett.a) Trasporto Sanitario, b) Protesi e Ausili ortopedici e lett d) Rimpatrio della salma dell'art. "Ricovero" UniSalute provvede esclusivamente al rimborso delle spese, entro i limiti previsti da ciascuna garanzia.

PRESTAZIONI DI INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

d) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, previa deduzione della Franchigia di 500 (cinquecento) euro per ogni Intervento Chirurgico Ambulatoriale, UniSalute:
- paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato;
- rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre Ricovero e 7) Post Ricovero dell'Articolo "RICOVERO", lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;

Posto quanto previsto nella Sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI" relativamente alle prestazioni eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata, in caso di Prestazioni miste:
- alle prestazioni eseguite dal personale medico convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella presente lettera d);
- alle prestazioni eseguite dal personale medico NON convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella successiva lettera e) per le Strutture sanitarie non convenzionate.

e) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e dallo stesso sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile di 1.500 (millecinquecento) euro e un massimo di 10.000 (diecimila) euro a carico dell'Assicurato**;

f) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e dallo stesso sostenute.

Garanzia "Ricovero" – lettera c) Parto e Aborto terapeutico punti 1) 2) e 4)

Copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:
- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie non convenzionate

con l'applicazione dei Massimali previsti ai singoli punti.

a) **Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate**, UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.
Posto quanto previsto nella Sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI" relativamente alle prestazioni eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata, in caso di **Prestazioni miste**:
   - alle prestazioni eseguite dal personale medico convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella presente lettera a);
   - alle prestazioni eseguite dal personale medico NON convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella successiva lettera b) per le Strutture sanitarie non convenzionate;

b) **Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate**, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio.

Per la garanzia prevista al punto 4) lett.c) Visite post-parto UniSalute provvede esclusivamente al rimborso delle spese, entro i limiti previsti dalla garanzia.

Per la garanzia prevista al punto 3) lett.c) Parto domiciliare UniSalute provvede esclusivamente al pagamento di un'indennità forfettaria di 500 (cinquecento) euro.

Garanzia "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero"

Copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:
- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie non convenzionate.

a) **Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate**, UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

b) **Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate**, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio.

Garanzie "Prevenzione" e "Prevenzione Completa"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.
UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

Garanzia "Alta specializzazione"

Copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:
- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie non convenzionate;
- il Servizio Sanitario Nazionale.

a) **Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate**, UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato;

b) **Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate**, UniSalute rimborsa le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 80 (ottanta) euro per ogni prestazione/accertamento;

c) **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale** o convenzionate con esso, UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Garanzia "Stati di Non Autosufficienza temporanea"

Copre le prestazioni sanitarie e assistenziali eseguite dall'Assicurato presso:
- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie non convenzionate;

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato;

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate, UniSalute provvede a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio.

73. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, fatta eccezione per le garanzie "Prevenzione e "Prevenzione completa" che valgono solo in Italia.

Come Personalizzare

74. CONDIZIONE SPECIFICA "FORMULA SENZA FRANCHIGIA"

Il Contraente può scegliere di acquistare la Condizione Specifica di seguito disciplinata; **tale condizione è operante solo se indicate in Polizza e comporta una maggiorazione del Premio**.

UniSalute, a parziale deroga di quanto previsto all'articolo "MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI", provvede a erogare le prestazioni con le modalità indicate di seguito.

Garanzia "Ricovero" – lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale

Copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:
- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie non convenzionate;
- il Servizio Sanitario Nazionale.

PRESTAZIONI DI RICOVERO E DAY-HOSPITAL

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, UniSalute:
- paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo per le spese relative alle prestazioni ricevute;
- rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre Ricovero e 7) Post Ricovero dell'Articolo "RICOVERO", lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;

Posto quanto previsto nella Sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI" relativamente alle prestazioni eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata, in caso di **Prestazioni miste**:
- alle prestazioni eseguite dal personale medico convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella presente lettera a);
- alle prestazioni eseguite dal personale medico NON convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella successiva lettera b) per le Strutture sanitarie non convenzionate.

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e dallo stesso sostenute con **l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro e un massimo di 10.000 (diecimila) euro a carico dell'Assicurato**;

c) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio.

PRESTAZIONI DI INTERVENTI CHIRURGICI AMBULATORIALI

d) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, UniSalute:
- paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo per le spese relative alle prestazioni ricevute;
- rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre Ricovero e 7) Post Ricovero dell'Articolo "RICOVERO", lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;

Posto quanto previsto nella Sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI" relativamente alle prestazioni eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata, in caso di Prestazioni miste:
- alle prestazioni eseguite dal personale medico convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella presente lettera a);
- alle prestazioni eseguite dal personale medico NON convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella successiva lettera b) per le Strutture sanitarie non convenzionate.

e) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e dallo stesso sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile di 500 (cinquecento) euro e un massimo di 10.000 (diecimila) euro a carico dell'Assicurato**;

f) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio.

Garanzia "Alta specializzazione"

Copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:
- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie non convenzionate;
- il Servizio Sanitario Nazionale.

a) nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le spese per le prestazioni erogate.

b) nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate, UniSalute rimborsa le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni prestazione/accertamento;

c) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

SERVIZI ACCESSORI

75. SERVIZI ACCESSORI - ELITE

UniSalute prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute, fruibili attraverso strumenti digitali e/o da remoto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori SiSalute.
Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi fruibili tramite App SiSalute Up da tutti gli Assicurati maggiorenni a seguito di registrazione:
1) **Spazio salute:** possibilità di consultare gratuitamente uno spazio informativo e formativo che offre contenuti multimediali per promuovere benessere, prevenzione e stili di vita sani. Include articoli, video e percorsi interattivi per favorire consapevolezza, apprendimento attivo e cura di sé.
2) **Pharma:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.
3) **Pharma Checker:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.
   "Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato potrà rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
4) **Televisita Specialistica a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 24 prestazioni all'anno. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
6) **Prestazioni di Assistenza Domiciliare a tariffa agevolata:** è prevista ha la possibilità di prenotare ed effettuare servizi di assistenza domiciliare a tariffa scontata, individuando i servizi all'interno del network della Fornitrice. L'Assicurato potrà prenotare per il tramite del Care Manager fino ad un massimo di 3 prestazioni all'anno di assistenza domiciliare. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**

7) **Care Manager:** è prevista la possibilità di accedere al servizio *"Care Manager"* tramite il quale potrà ottenere l'assistenza telefonica di un operatore specializzato nell'assistenza, in ambito sanitario, che lo indirizzerà al servizio più idoneo in base ai propri bisogni.
8) **Chat e Televisita:** è prevista la possibilità di accedere alla sezione dell'App dedicata tramite la quale potrà chattare direttamente con medico convenzionato con SiSalute che gratuitamente sarà a disposizione per rispondere a preoccupazioni, incertezze e dare consigli. L' Assicurato nel caso utilizzi la Chat avrà, eventualmente, la possibilità di effettuare illimitatamente Televisite con un Medico. Qualora il Medico ne ravvisi la necessità potrà indirizzare l'Assicurato ad un consulto specialistico incluso nel servizio "Chat e Televisita".
9) **Televisita con Medico:** è prevista la possibilità di effettuare gratuitamente 2 Televisite (canale telefonico) con un Medico H24, 7/7, attraverso la sezione dedicata dello strumento digitale.

Attivazione dei servizi:
Per l'attivazione dei servizi bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up" e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 0513542042, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute, utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità dell'Assicurazione questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

Altri eventuali servizi gratuiti, anche prestati da società terze, sono consultabili sul sito www.unisalute.it o tramite UniSaluteApp.

76. TABELLA

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Ricovero	Franchigia 1.500 (millecinquecento) euro per Ricovero e Day Hospital nelle Strutture Sanitarie Convenzionate Franchigia 500 (cinquecento) per Interventi Chirurgici Ambulatoriali nelle Strutture Sanitarie Convenzionate Scoperto del 20% con min.3.000 (tremila) euro e max 10.000 (diecimila) euro per Ricovero e Day Hospital nelle Strutture Sanitarie non Convenzionate Scoperto del 20% con min.1.500 (millecinquecento) euro e max 10.000 (diecimila) euro per Interventi Chirurgici Ambulatoriali nelle Strutture Sanitarie non Convenzionate	A scelta tra: 100.000 (centomila) euro per Assicurato e per Anno 300.000 (trecentomila) euro per Assicurato e per Anno
Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche post Ricovero	Nessuno	1.000 (mille) euro
Prevenzione	Nessuno	1 (una) volta l'Anno
Prevenzione Completa	Nessuno	1 pacchetto l'Anno
Alta Specializzazione	Scoperto del 20% con min.80 (ottanta) euro Strutture Sanitarie non Convenzionate	2.000 (duemila) euro
Stati di non autosufficienza temporanea	Nessuno	800 (ottocento) euro mensili per 1 anno

MODULO MY BUSINESS

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

77. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Non sono assicurabili le persone che hanno sofferto o soffrono delle seguenti patologie:

a) Tumori Maligni insorti nei 5 anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza, salvo non sia intervenuta guarigione per i casi ed entro i termini stabiliti dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193, «Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche» e successive modifiche e aggiornamenti;
b) Morbo di Alzheimer, Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone;
c) Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
d) Pancreatite acuta e cronica;
e) Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
f) Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente);
g) Angina pectoris, infarto insorto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica;
h) Sieropositività all'HIV;
i) Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
j) Trapianti di organi o arti;
k) Alcolismo;
l) Tossicodipendenza;

In corso di copertura, la sopravvenienza delle patologie/dipendenze identificate alle lettere k) e l) può costituire causa di cessazione dell'Assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

78. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del:

- 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza. 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;
- 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per il parto e l'Aborto terapeutico.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

79. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato **avvenuti durante la sua operatività**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Diaria da Ricovero
- Diaria da convalescenza
- Diaria da immobilizzazione
- Diaria per Inabilità temporanea da Malattia

Limitatamente alla Diaria da immobilizzazione, la prestazione opera solo in caso di Infortunio, anche se determinato da colpa grave.

80. DIARIA DA RICOVERO

In caso di Ricovero in Istituto di Cura avvenuto durante l'operatività dell'Assicurazione, UniSalute corrisponde la somma di **70 (settanta) euro per ogni giorno di Ricovero**.

La garanzia è prestata fino a un massimo di 180 (centottanta) giorni per Anno e per Assicurato.
La prima giornata di Ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero o della dimissione.

In caso di Day-hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella prevista in caso di Ricovero e per un massimo di 90 (novanta) giorni per persona e per anno assicurativo. In caso di parto naturale l'indennità viene corrisposta per un massimo di 5 giorni per Sinistro.

81. DIARIA DA CONVALESCENZA
In caso di Convalescenza post-Ricovero in Istituto di Cura, UniSalute corrisponde la somma di **70 (settanta) euro per ogni giorno di convalescenza nel periodo prescritto dal medico con il limite di 30 giorni per Sinistro.**
In ogni caso, il Periodo non può superare il triplo dei giorni di degenza già indennizzati a seguito dell'attivazione della garanzia "Diaria da Ricovero".

La garanzia non è operante per:
a) parto non cesareo o Aborto;
b) malattie della gravidanza e del puerperio;
c) Ricoveri in regime di day-hospital.

82. DIARIA DA IMMOBILIZZAZIONE
In caso di Immobilizzazione da Infortunio, UniSalute corrisponde la somma di **70 (settanta) euro per ogni giorno di immobilità fino a periodo non superiore a 30 (trenta) giorni per Assicurato e per Anno**.
L'indennità giornaliera viene corrisposta:
- dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione quando l'Infortunio non comporti Ricovero;
- dal giorno della dimissione al giorno della rimozione quando l'applicazione è stata effettuata in regime di Ricovero.

83. DIARIA PER INABILITÀ TEMPORANEA DA MALATTIA
In caso di **Inabilità Temporanea da Malattia**, UniSalute corrisponde la somma di **50 (cinquanta) euro per ogni giorno di inabilità a partire dal 10° (decimo) giorno continuativo di Malattia**.

La garanzia è prestata fino a un massimo di 15 (quindici) giorni per Anno e per Assicurato.

La garanzia opera esclusivamente a seguito di Inabilità Temporanea in presenza di un certificato del medico "di base" o dello specialista la cui specializzazione dovrà essere inerente alla Malattia denunciata.

Che Cosa Non È Assicurato

84. ESCLUSIONI
L'Assicurazione non opera per:

a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, 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);
b) la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
c) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
d) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci e all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
e) 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 idroscì, 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;
f) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
g) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;

h) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
i) le prestazioni con 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);
j) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali;
k) 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;
l) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali anche se nell'ambito di Istituto di Cura;
m) 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;
n) 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;
o) i Ricoveri e i Day Hospital durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
p) Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
q) H.I.V. e gli stati patologici ad essa correlati.

Come Assicura

85. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
Le garanzie hanno natura indennitaria, UniSalute corrisponde all'Assicurato un importo giornaliero per il periodo massimo indicato nella garanzia.

86. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIA BASE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Diaria da Ricovero	Nessuno	70 (settanta) euro per ogni giorno di Ricovero fino a un massimo di 180 (centottanta) giorni per Anno e per Assicurato.
Diaria da convalescenza	Nessuno	70 (settanta) euro per ogni giorno di convalescenza con il limite di 30 giorni per Sinistro.
Diaria da Immobilizzazione	Nessuno	70 (settanta) euro per ogni giorno di immobilità fino ad periodo non superiore a 30 giorni per Assicurato e per Anno.
Diaria per Inabilità temporanea da Malattia	Attivazione della garanzia a partire dal 10° (decimo) giorno continuativo di Malattia.	50 (cinquanta) euro per ogni giorno di inabilità fino a un massimo di 15 (quindici) giorni per Anno e per Assicurato.

MODULO MY CAREGIVING

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

GARANZIE ASSISTENZA

(Articoli riferiti a prestazioni di Assistenza)

Cosa Assicura

87. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, fornendo prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui l'Assicurato (Caregiver) venga a trovarsi in difficoltà in conseguenza del verificarsi di uno degli eventi che coinvolgono l'Assistito di seguito indicati nelle seguenti garanzie:

- Invio del personale medico e servizi di domiciliarità;
- Trasporto visite e cicli di terapia.

88. INVIO PERSONALE MEDICO E SERVIZI DI DOMICILIARITÀ

In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, UniSalute per tramite della Struttura Organizzativa garantisce i seguenti servizi di Assistenza a favore dell'Assistito:

- Invio di personale medico per monitorare lo stato di salute presso il domicilio dell'Assistito;
- Invio di una badante e/o di una collaboratrice domestica presso il domicilio dell'Assistito.

La garanzia opera per le spese sostenute durante il Ricovero del Caregiver e, in caso di Immobilizzazione, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione.

La richiesta di prestazione deve avvenire non oltre 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro 3 (tre) giorni dalla data della richiesta stessa.
Se, per cause indipendenti dalla Centrale Operativa, non fosse possibile recuperare un fornitore, UniSalute potrà rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato previa conferma della Centrale Operativa e invio della documentazione fiscalmente valida.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 80 (ottanta) euro al giorno per un massimo di 10 (dieci) giorni all'Anno.

89. TRASPORTO VISITE E CICLI DI TERAPIA

In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, UniSalute per tramite della Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasporto dell'Assistito dal proprio domicilio al luogo di svolgimento delle prestazioni sanitarie di cui necessità. UniSalute tiene a carico le relative spese.

La garanzia opera per le spese sostenute durante il Ricovero del Caregiver e, in caso di Immobilizzazione, nei 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni.
Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione.

La richiesta di prestazione deve avvenire non oltre 60 (sessanta) giorni successivi alle dimissioni, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro 3 (tre) giorni dalla data della richiesta stessa.

Se, per cause indipendenti dalla Centrale Operativa, non fosse possibile recuperare un fornitore UniSalute potrà rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato previa conferma della Centrale Operativa e invio della documentazione fiscalmente valida.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 3.000 (tremila) euro all'Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

90. ESCLUSIONI

La Struttura Organizzativa non fornisce:

a) le prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza;
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.

Come Assicura

91. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute eroga le prestazioni di Assistenza sopra esposte attraverso la propria rete convenzionata o rimborsando le spese sostenute dall'Assicurato.

92. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

SERVIZI ACCESSORI

93. SERVIZI ACCESSORI – MY CAREGIVING

UniSalute prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute, fruibili attraverso strumenti digitali e/o da remoto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori SiSalute.
Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi fruibili tramite App SiSalute Up da tutti gli Assicurati maggiorenni a seguito di registrazione:

1) **Spazio salute:** possibilità di consultare gratuitamente uno spazio informativo e formativo che offre contenuti multimediali per promuovere benessere, prevenzione e stili di vita sani. Include articoli, video e percorsi interattivi per favorire consapevolezza, apprendimento attivo e cura di sé.
2) **Pharma:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.
3) **Pharma Checker:** è prevista è previstala possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.
   "Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico degli Assicurati; pertanto, gli Assicurati potranno rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
4) **Televisita Specialistica a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata Televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** è previstala possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 24 prestazioni all'anno. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
6) **Prestazioni di Assistenza Domiciliare a tariffa agevolata:** è previstala possibilità di prenotare ed effettuare servizi di assistenza domiciliare a tariffa scontata, individuando i servizi all'interno del network della Fornitrice. Gli Assicurati potranno prenotare per il tramite del Care Manager fino ad un massimo di 12 prestazioni all'anno di assistenza domiciliare. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
7) **Care Manager:** è previstala possibilità di accedere al servizio *"Care Manager"* tramite il quale potrà ottenere l'assistenza telefonica di un operatore specializzato nell'assistenza, in ambito sanitario, che lo indirizzerà al servizio più idoneo in base ai propri bisogni.
8) **Chat e Televisita:** è prevista la possibilità di accedere alla sezione dell'App dedicata tramite la quale potrà chattare direttamente con medico convenzionato con SiSalute che gratuitamente sarà a disposizione per rispondere a preoccupazioni, incertezze e dare consigli. L'Assicurato nel caso utilizzi la Chat avrà, eventualmente, la possibilità di effettuare illimitatamente delle Televisite con un Medico.
9) **Televisita con Medico:** è previstala possibilità di effettuare gratuitamente n°6 Televisite (canale telefonico) con un Medico H24, 7/7, attraverso la sezione dedicata dello strumento digitale.
10) **SiSereno:** è prevista la possibilità di effettuare da remoto un percorso psicologico (tramite canale video) con psicologi e psicoterapeuti regolarmente iscritti all'Albo e dedicati al Servizio. Il servizio è accessibile tramite lo strumento digitale, previa compilazione del questionario al termine del quale sarà possibile scegliere il professionista più adatto alle proprie necessità. È inoltre possibile prenotare le sedute e fruire del percorso. Le prime 2 sedute sono gratuite mentre **il costo delle prestazioni successive sono a carico degli Assicurati a tariffa agevolata**.

Attivazione dei servizi:
Per l'attivazione dei servizi bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up" e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 0513542042, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute, utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità dell'Assicurazione questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

Altri eventuali servizi gratuiti, anche prestati da società terze, sono consultabili sul sito www.unisalute.it o tramite UniSaluteApp.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIA BASE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Invio del personale medico e servizi di domiciliarità	Nessuno	80 (ottanta) euro al giorno per un massimo di 10 (dieci) giorni all'Anno.
Trasporto visite e cicli terapia	Nessuno	3.000 (tremila) euro all'Anno.

MODULO MY SMILE

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

94. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del

- 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza;
- 5° (quinto) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per gli Infortuni.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

95. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato **avvenuti durante La sua operatività**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Prevenzione odontoiatrica;
- Cure odontoiatriche e terapie conservative;
- Accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- Cure dentarie da infortunio;
- Interventi chirurgici odontoiatrici extra-Ricovero.

96. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (Assicurati con età pari o superiore a 18 anni)

UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Il Massimale si intende prestato per Assicurato e per Anno.**

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sottoindicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di Struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a UniSalute.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (Assicurati con età pari o inferiore a 17 anni)

UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Il Massimale si intende prestato per Assicurato e per Anno.**
Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sottoindicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Fluorazione con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Se, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di fluorazione nell'arco dello stesso Anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente.
Nel caso di utilizzo di Struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunecomunicata a UniSalute.

97. CURE ODONTOIATRICHE E TERAPIE CONSERVATIVE

UniSalute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni sottoindicate:
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Ricostruzione del dente (qualsiasi tipo)
- Terapia canalare (devitalizzazione)
- Estrazione di radice
- Estrazione di dente

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale per Assicurato di 1 (una) prestazione l'Anno tra quelle indicate.

98. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Radiografia panoramica (Ortopantomografia)
- Teleradiografia
- Radiografia endorale
- TAC dentale (qualsiasi tipo)

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale per Assicurato di 5 (cinque) prestazioni l'Anno tra quelle indicate.

99. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

UniSalute liquida all'Assicurato le spese sostenute per **prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di Infortunio con le modalità sottoindicate.**

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:
- **radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;**
- **referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.**

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.

100. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA-RICOVERO

UniSalute liquida le spese sostenute per gli **interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale** anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare

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 sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione consiste in:

- radiografie e referti radiologici per rimozione d'impianto dislocato nel seno mascellare e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare, rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- radiografie, referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato e per Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

101. ESCLUSIONI
L'Assicurazione non opera per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni nonché le Malattie, le Malformazioni o i Difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula dell'Assicurazione;
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione;
c) le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione);
d) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci e all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
e) gli Infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
f) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, e inoltre dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
g) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
h) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
i) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
j) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
k) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
l) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale e inoltre le Cure sperimentali e i medicinali biologici.

Limitatamente alle prestazioni previste alla garanzia "CURE ODONTOIATRICHE E TERAPIE CONSERVATIVE" e "Cure dentarie da Infortunio", l'Assicurazione non opera per:
- protesi estetiche;
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Come Assicura

102. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

103. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in Italia.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIA BASE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Prevenzione odontoiatrica	Nessuno	1 (una) volta l'Anno per Assicurato
Cure odontoiatriche e terapie conservative	Nessuno	1 (una) volta l'Anno per Assicurato
Accertamenti diagnostici odontoiatrici	Nessuno	5 (cinque) volte l'Anno per Assicurato
Cure dentarie da Infortunio	Nessuno	1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno
Interventi chirurgici odontoiatrici extra-Ricovero	Nessuno	1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato e per Anno

MODULO MY PET

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

104. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

L'Assicurazione non opera per gli Animali utilizzati nell'ambito di attività professionali o che siano d'ausilio allo svolgimento di un'attività professionale o che comporti remunerazione, ad eccezione dei cani guida utilizzati per accompagnare persone non vedenti o persone disabili e dei cani regolarmente riconosciuti per la pratica della dog therapy.

Per la copertura assicurativa e la sua identificazione il cane deve essere:

- dotato di Microchip oppure di Tatuaggio;
- registrato con specifico Libretto sanitario (o passaporto dell'Animale domestico) a lui dedicato e regolarmente iscritto all'Anagrafe animali d'affezione;
- regolarmente sottoposto alle vaccinazioni e relativi richiami (in particolare cimurro, parvovirosi, epatite infettiva e leptospirosi);
- tenuto con cura e diligenza in conformità a quanto stabilito dalle disposizioni di Legge in materia e dai Regolamenti Comunali, se presenti.

Per la copertura assicurativa e la sua identificazione il gatto deve essere:

- dotato di Microchip;
- registrato con specifico Libretto sanitario (o passaporto dell'Animale domestico) a lui dedicato e regolarmente iscritto all'Anagrafe animali d'affezione;
- regolarmente sottoposto alle vaccinazioni e relativi richiami (in particolare rinotracheite, calicivirosi, panleucopenia e leucemia infettiva);
- tenuto con cura e diligenza in conformità a quanto stabilito dalle disposizioni di Legge in materia e dai Regolamenti Comunali, se presenti.

105. LIMITI DI ETÀ DELL'ANIMALE

Premesso che l'**Animale indicato contrattualmente alla data di effetto della Polizza deve aver compiuto il 1° (primo) anno di età**, la copertura assicurativa, per ciascun Animale indicato **opera a condizione che alla data di effetto della Polizza l'Animale non abbia compiuto il 10° (decimo) anno di età**.
La copertura cessa automaticamente, senza obbligo di disdetta, alla prima scadenza annuale successiva al compimento del **10° (decimo) anno di età** dell'Animale ed UniSalute non accetta ulteriori pagamenti di Premio.

106. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", le coperture relative alle garanzie "Spese Veterinarie", di cui agli Articoli:

- "Ricovero e Day Hospital con Intervento Chirurgico dell'Animale;
- "Visite veterinarie, visite veterinarie specialistiche, Accertamenti diagnostici ed Esami di laboratorio dell'Animale";

decorrono dalle ore 24 del:

- 60° (sessantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le Malattie dell'Animale;
- 7° (settimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per gli Infortuni dell'Animale.

107. VENDITA, CESSIONE O DECESSO DELL'ANIMALE

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta a UniSalute in caso di vendita, cessione o decesso dell'Animale indicato in Polizza. In questo caso l'Assicurazione cessa automaticamente alla scadenza annua senza necessità di disdetta.

Nei casi prima citati, il Contraente deve inviare una comunicazione contenente gli elementi identificativi della Polizza tramite:

- lettera raccomandata indirizzata a UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia); oppure
- indirizzo di posta elettronica certificata all'indirizzo unisalute@pec.unipol.it.

GARANZIE SPESE VETERINARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Perdite pecuniarie)

Cosa Assicura

108. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, per le Perdite pecuniarie derivanti dalle spese o dai costi sostenuti dall'Assicurato in relazione all'Animale indicato in Polizza:

- Ricovero e Day Hospital con Intervento Chirurgico dell'Animale;
- Visite veterinarie, visite veterinarie specialistiche, Accertamenti diagnostici ed Esami di laboratorio dell'Animale.

109. RICOVERO E DAY HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO DELL'ANIMALE

UniSalute tiene indenne l'Assicurato per le Perdite pecuniarie derivanti dalle spese veterinarie sostenute per un Intervento Chirurgico dell'Animale, effettuato in regime di Ricovero o in regime di Day Hospital, a seguito di Malattia o Infortunio.

Sono rimborsabili i seguenti costi:

- Onorari del Veterinario e dei suoi assistenti che partecipano all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria e materiali di intervento, ivi comprese le endoprotesi;
- Rette di degenza;
- Assistenza veterinaria, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, esami e Medicinali, relativi al periodo di Ricovero anche in regime di Day Hospital;
- Visite, esami, analisi ed accertamenti, trattamenti fisioterapici e rieducativi, svolti dal Veterinario o su sua prescrizione, sostenuti nei 30 (trenta) giorni precedenti all'Intervento Chirurgico e nei 30 (trenta) giorni successivi purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero o il Day Hospital;
- Medicinali necessari a seguito dell'Intervento Chirurgico.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 2.500 (duemilacinquecento) euro all'Anno per Animale per il complesso delle prestazioni suindicate. È in copertura un solo Intervento Chirurgico all'Anno per Animale.

110. VISITE VETERINARIE, VISITE VETERINARIE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ESAMI DI LABORATORIO DELL'ANIMALE

UniSalute tiene indenne l'Assicurato per le Perdite pecuniarie derivanti dalle spese veterinarie sostenute in caso di Malattia o Infortunio dell'Animale relativi a:

- Visite veterinarie comprese quelle specialistiche;
- Esami di laboratorio;
- Accertamenti diagnostici.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 250 (duecentocinquanta) euro all'Anno per Animale.

Che Cosa Non È Assicurato

111. ESCLUSIONI

l'Assicurazione non opera per le spese o costi conseguenti a:

a) Infortuni o Malattie preesistenti alla stipula della Polizza;
b) Malattie o Difetti fisici di carattere congenito o riferibili a fattori ereditari;
c) Interventi chirurgici per recidiva di neoplasia;
d) ernie;
e) FELV – FIV (solo per gatti);
f) Malattie mentali e problemi comportamentali;
g) gravidanza, patologie connesse, parto spontaneo e cesareo;
h) infertilità, sterilità e fecondazione artificiale;
i) controlli di routine e/o facoltativi;
j) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure sperimentali;
k) acquisto di vaccini e antiparassitari;

l) Medicinali, tranne quanto previsto a seguito di Interventi Chirurgici;
m) soppressione e cremazione per pericolosità;
n) leishmania;
o) taglio coda, taglio orecchie, chirurgia estetica e plastica, oculistica;
p) Infortuni o Malattie conseguenti all'impiego dell'Animale nell'attività venatoria;
q) Infortuni accaduti durante la partecipazione a competizioni sportive e manifestazioni simili (salvo i concorsi di bellezza riconosciuti dall'ENCI e dall'ANFI);
r) uso professionale dell'Animale;
s) uso dell'Animale in violazione della legislazione vigente (maltrattamento, spettacoli o manifestazioni vietate, combattimenti, ecc);
t) Infortuni e Malattie derivanti da condotte dolose o gravemente colpose del Contraente, dell'Assicurato o dei suoi Familiari, e inoltre delle persone a cui è stato affidato l'Animale.

Come Assicura

112. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute garantisce le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzia "Ricovero e Day Hospital con Intervento Chirurgico dell'Animale"

UniSalute provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio con l'applicazione dello Scoperto del 20%.

Garanzia "Visite veterinarie, visite veterinarie specialistiche, Accertamenti diagnostici ed Esami di laboratorio dell'Animale"

UniSalute provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio **con l'applicazione dello Scoperto del 20% per prestazione**.

113. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

GARANZIE ASSISTENZA

(Articoli riferiti a prestazioni di Assistenza)

Cosa Assicura

114. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli fornendo prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati.

115. ASSISTENZA DELL'ANIMALE IN PENSIONE
In caso di Ricovero in istituto di cura dell'Assicurato avvenuto durante l'operatività del contratto e dovuto a Malattia improvvisa o Infortunio, UniSalute per il tramite della Struttura Organizzativa fornisce Assistenza nella ricerca di una pensione disponibile ad ospitare l'Animale durante l'assenza per il Ricovero dell'Assicurato. Inoltre, rimborsa le spese sostenute per la custodia dell'Animale presso la struttura prescelta.

Per l'attivazione della garanzia l'Assicurato deve fornire la seguente documentazione:
- copia fotostatica della documentazione comprovante le spese sostenute (distinte e ricevute) da cui ne risulti il pagamento;
- copia del foglio di dimissione relativa al Ricovero in Istituto di cura dell'Assicurato.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 500 (cinquecento) euro all'Anno per Animale.

Che Cosa Non È Assicurato

116. ESCLUSIONI
La Struttura Organizzativa non fornisce:

a) le prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza;
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.

Come Assicura

117. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga la prestazione di Assistenza sopra esposta attraverso la propria rete convenzionata o rimborsando le spese sostenute dall'Assicurato.

118. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

SERVIZI ACCESSORI

119. SERVIZI ACCESSORI – MY PET
a) Prestazioni veterinarie a tariffe agevolate

Qualora una prestazione veterinaria non sia derivante da urgenza dovuta a Malattia o Infortunio (quindi per tutte le prestazioni sanitarie non coperte dalla Polizza) e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere alla struttura convenzionata prescelta l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. Si precisa che l'appuntamento potrà essere concordato direttamente tra l'Assicurato e la struttura stessa e successivamente comunicato ad Unisalute, che invierà opportuna segnalazione alla struttura.

b) Il Veterinario risponde
La Struttura Organizzativa di UniSalute fornisce un servizio di consulenza telefonica veterinaria, mettendo a disposizione dell'Assicurato un Veterinario, a cui potersi rivolgere per informazioni o chiarimenti sulla salute dell'Animale. Le spese del veterinario restano a carico dell'Assicurato.

c) Informazioni veterinarie telefoniche
La Struttura Organizzativa fornisce un servizio di informazione veterinaria, a prescindere dagli eventi previsti dalla copertura assicurativa, in merito a:
- Cliniche e ambulatori veterinari in zona, anche aperti 24 ore su 24;
- Farmacie con prodotti specifici per cani e gatti e loro ubicazione;
- Articoli/alimentari per cani e gatti – Negozi e loro ubicazioni;
- Pensioni per cani e gatti in città e provincia;
- Scuole addestramento cani;
- Toelettatura cani;
- Allevamenti di zona (cani e gatti);
- Info mostre/raduni;
- Info spiagge/stabilimenti balneari a loro accessibili.

Come faccio a sapere quali strutture sono convenzionate?
Andando sul sito www.unisalute.it è possibile consultare l'elenco delle strutture convenzionate con UniSalute.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE SPESE VETERINARIE

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Rimborso spese per Ricovero e day hospital con intervento chirurgico dell'Animale	Scoperto del 20%	2.500 (duemilacinquecento) euro all'Anno per animale
Rimborso spese per visite veterinarie, visite veterinarie specialistiche, Accertamenti diagnostici ed Esami di laboratorio dell'Animale	Scoperto del 20% (venti) per prestazione	250 (duecentocinquanta) euro all'Anno per Animale

GARANZIE ASSISTENZA

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Assistenza dell'Animale in pensione	Nessuno	500 (cinquecento) euro all'Anno per Animale

MODULO MY BABY

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

120. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, rispetto alle seguenti prestazioni:
- Prestazioni Pre e Post Ricovero del neonato;
- Visite specialistiche ed Accertamenti diagnostici del neonato.

121. PRESTAZIONI PRE E POST RICOVERO DEL NEONATO

UniSalute provvede al pagamento delle spese, relative alle seguenti **prestazioni connesse al Ricovero del neonato (avvenuto durante l'operatività del contratto)**:

a) Pre-Ricovero: esami, Accertamenti diagnostici e Visite specialistiche effettuati nei **120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio del neonato che li ha determinati**;
b) Post-Ricovero: esami e Accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e Cure termali effettuati nei **120 giorni successivi** alla cessazione del Ricovero, 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.

La garanzia opera per le prestazioni effettuate nei primi 2 (due) anni di vita del Neonato.
La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 2.000 (duemila) euro per Assicurato e per Anno.

122. VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DEL NEONATO

UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute per **Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici del neonato non connesse al Ricovero** e conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza.

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 specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia opera per le prestazioni effettuate nei primi 2 (due) anni di vita del neonato.
La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 2(due) prestazioni l'Anno e per Assicurato.

Che Cosa Non È Assicurato

123. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non è operante per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni nonché le Malattie, le Malformazioni o i Difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula dell'Assicurazione;
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione;
c) le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione);
d) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
e) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
f) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

g) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
h) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
i) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le Cure sperimentali e i medicinali biologici.

Come Assicura

124. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzia "Prestazioni Pre e Post Ricovero del neonato" e "Visita specialistiche ed Accertamenti diagnostici del neonato"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

125. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in Italia

SERVIZI ACCESSORI

126. SERVIZI ACCESSORI MY BABY
UniSalute prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute, fruibili attraverso strumenti digitali e/o da remoto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori SiSalute.
Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi fruibili tramite App SiSalute Up da tutti gli Assicurati maggiorenni a seguito di registrazione:
1) **Spazio salute:** possibilità di consultare gratuitamente uno spazio informativo e formativo che offre contenuti multimediali per promuovere benessere, prevenzione e stili di vita sani. Include articoli, video e percorsi interattivi per favorire consapevolezza, apprendimento attivo e cura di sé.
2) **Pharma:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.
3) **Pharma Checker:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.
"Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico degli Assicurati; pertanto, gli Assicurati potranno rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
4) **Televisita Specialistica a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata Televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 24 prestazioni all'anno. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
6) **Prestazioni di Assistenza Domiciliare a tariffa agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare servizi di assistenza domiciliare a tariffa scontata, individuando i servizi all'interno del network della Fornitrice. Gli Assicurati potranno prenotare per il tramite del Care Manager fino ad un massimo di 3 prestazioni all'anno di assistenza domiciliare. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
7) **Chat e Televisita con Pediatra:** è prevista la possibilità di accedere alla sezione dell'App dedicata tramite la quale potrà chattare direttamente con pediatra convenzionato con SiSalute che gratuitamente sarà a disposizione per rispondere a preoccupazioni, incertezze e dare consigli relativamente ai propri figli. L'Assicurato nel caso utilizzi la Chat avrà, eventualmente, la possibilità di effettuare illimitatamente delle Televisite con un Pediatra.
8) **Televisita con Medico:** è prevista la possibilità di effettuare gratuitamente n°2 Televisite (canale telefonico) con un Medico H24, 7/7, attraverso la sezione dedicata dello strumento digitale.
9) **SiSereno** è prevista la possibilità di effettuare da remoto un percorso psicologico (tramite canale video) con psicologi e psicoterapeuti regolarmente iscritti all'Albo e dedicati al Servizio. Il servizio è accessibile tramite lo

strumento digitale, previa compilazione del questionario al termine del quale sarà possibile scegliere il professionista più adatto alle proprie necessità. È inoltre possibile prenotare le sedute e fruire del percorso. Le prime 2 sedute sono gratuite mentre **il costo delle prestazioni successive sono a carico degli Assicurati a tariffa agevolata**.

Attivazione dei servizi:
Per l'attivazione dei servizi bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up" e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 0513542042, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute, utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità dell'Assicurazione questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

Altri eventuali servizi gratuiti, anche prestati da società terze, sono consultabili sul sito www.unisalute.it o tramite UniSaluteApp.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Prestazioni Pre e Post Ricovero del neonato	Nessuno	2.000 (duemila) euro per Anno e per Assicurato.
Visita specialistiche ed Accertamenti diagnostici del neonato	Nessuno	2 (due) prestazioni l'Anno e per Assicurato.

MODULO MY TRAVEL

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

127. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia improvvisa in fase acuta e di Infortunio dell'Assicurato avvenuti durante la sua operatività, rispetto alla seguente prestazione:

- Ricovero urgente all'estero.

128. RICOVERO URGENTE ALL'ESTERO

Nel caso di Ricovero avvenuto all'estero, per un evento non differibile nel tempo, UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) **Intervento chirurgico:** Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, le relative spese sono liquidate da UniSalute con il **massimo di 2.500 (duemilacinquecento) euro per Ricovero.**
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) **Assistenza medica, Medicinali, cure (standard):** Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, Medicinali, esami e Accertamenti diagnostici durante il periodo di Ricovero. **Nel solo caso di Ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

c) **Rette di degenza: Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.**
Le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di 200 (duecento) euro al giorno**.
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

d) **Accompagnatore:** Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera. La garanzia è prestata nel **limite di 50 (cinquanta) euro al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero**.
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

e) **Assistenza infermieristica privata individuale:** Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale**.

f) **Post Ricovero:** Esami e Accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e **infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'Istituto di cura)**, trattamenti fisioterapici o rieducativi e Cure termali **(escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del Ricovero**, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le Cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di Ricovero con intervento chirurgico. **Sono compresi in garanzia i Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

g) **Rimpatrio della salma:** UniSalute, in caso di decesso dell'Assicurato durante un Ricovero all'estero (coperto in base alle condizioni del presente modulo), provvede al rimborso delle spese sostenute per il rimpatrio della salma fino al raggiungimento di **20.000 (ventimila) euro per Anno e per Assicurato**.

Il Massimale per il complesso di prestazioni sopra elencate è di 100.000 (centomila) euro per Assicurato e per Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

129. ESCLUSIONI
L'Assicurazione non è operante per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione;
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, 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, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni Psichiatriche e Psicoterapeutiche";
d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci e 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 idroscì, 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 con 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 sperimentali;
l) le degenze programmate;
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 da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
n) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
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 ha 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.

Come Assicura

130. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga le prestazioni rimborsando le spese sostenute in proprio dall'Assicurato.

131. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

GARANZIE ASSISTENZA

(Articoli riferiti a prestazioni di Assistenza)

Cosa Assicura

132. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, per prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Rientro post-Ricovero estero;
- Interprete a disposizione;
- Rientro anticipato dall'estero;
- Viaggio di un familiare all'estero.

133. RIENTRO POST-RICOVERO ESTERO

Successivamente alle dimissioni dall'Istituto di cura in caso di Ricovero all'estero, qualora non sia necessaria l'Assistenza di personale medico e paramedico, la Centrale Operativa provvede a organizzare il rientro dell'Assicurato alla propria abitazione.

Il costo del biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe) è a carico di UniSalute **fino al raggiungimento del Massimale di 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno**.
Resta inteso che l'acquisto del biglietto deve essere successivo alla data del Ricovero.

134. INTERPRETE A DISPOSIZIONE

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Ricovero all'estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, UniSalute per tramite della Struttura Organizzativa provvede a inviare un interprete, tenendo a proprio carico le spese relative fino ad un **massimo di 8 (otto) ore lavorative per evento e per Anno**.

135. RIENTRO ANTICIPATO DALL'ESTERO

UniSalute per tramite della Struttura Organizzativa provvede a organizzare il rientro anticipato dell'Assicurato dall'estero alla sua abitazione, in caso di pericolo di vita del coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero dell'Assicurato stesso.

UniSalute si riserva di chiedere tutta la documentazione necessaria all'erogazione della garanzia:

- Una dichiarazione del medico curante che attesti il pericolo di vita del familiare specificato;
- Documenti che dimostrino il legame di parentela tra l'assicurato e la persona in pericolo di vita (es. certificati di nascita, matrimonio, stato di famiglia).

Il costo del biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe) è a carico di UniSalute **fino al raggiungimento del Massimale di 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno**.

136. VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO

Nel caso in cui, in conseguenza di Malattia o di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un Ricovero in Istituto di cura all'estero per un periodo superiore a 10 (dieci) giorni, UniSalute, 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 e si accollerà le spese di soggiorno **fino al raggiungimento del Massimale di 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno**. La garanzia opera se non sia già presente sul posto un altro familiare maggiorenne.

Che Cosa Non È Assicurato

137. ESCLUSIONI

La Struttura Organizzativa non fornisce:

a) le prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza;
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.

Come Assicura

138. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute eroga le prestazioni di Assistenza sopra esposte attraverso la propria rete convenzionata o rimborsando le spese sostenute dall'Assicurato.

139. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE SPESE SANITARIE

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Ricovero urgente all'estero da Infortunio o Malattia acuta	Nessuno	100.000 (centomila) euro per Anno e per Assicurato.

GARANZIE ASSISTENZA

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Invio interprete	Nessuno	8 (otto) ore lavorative per evento e per Anno.
Rientro assicurato in pericolo di vita	Nessuno	1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.
Rientro anticipato dall'Estero	Nessuno	1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.
Viaggio di un familiare all'estero	Nessuno	1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.

MODULO MY TRAINING

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

140. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del 5° (quinto) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per gli Infortuni.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

141. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, **in caso di Infortunio dell'Assicurato avvenuti durante la sua operatività**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Prevenzione sportiva;
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi e riabilitazione sportiva;
- Visite specialistiche da Infortunio;
- Alta specializzazione da Infortunio.

142. PREVENZIONE SPORTIVA

UniSalute provvede al pagamento di visite medico sportive aventi finalità di garantire la salute generale e la sicurezza dell'Assicurato durante la pratica di attività sportive non agonistiche.

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

La garanzia opera una sola volta all'Anno per Assicurato, indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

143. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI E RIABILITAZIONE SPORTIVA

UniSalute provvede al pagamento delle spese per i **trattamenti fisioterapici, esclusivamente a fini riabilitativi**, effettuati a seguito di Infortunio.

Le prestazioni, esclusivamente a fini riabilitativi, sono erogate in presenza di un certificato di Pronto Soccorso e una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.

144. VISITE SPECIALISTICHE DA INFORTUNIO

UniSalute provvede al pagamento delle spese per **Visite specialistiche e visite omeopatiche conseguenti ad Infortunio**, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Le prestazioni sono erogate in presenza di un certificato di Pronto Soccorso e una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 2 (due) prestazioni per Assicurato e per Anno.

145. ALTA SPECIALIZZAZIONE DA INFORTUNIO

UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti **prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Infortunio**.

- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Le prestazioni sono erogate in presenza di un certificato di Pronto Soccorso e di una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

146. ESCLUSIONI
L'Assicurazione non opera per:

a) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
b) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato ha preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche.
c) prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Come Assicura

147. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzia "Prevenzione sportiva" - "Trattamenti fisioterapici riabilitativi e riabilitazione sportiva" - Garanzia "Alta specializzazione da infortunio"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.
UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

Garanzia "Visite Specialistiche da Infortunio"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato, con l'applicazione di una **Franchigia di 20 (venti) euro per ogni visita specialistica che l'Assicurato paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata**.

148. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in Italia.

SERVIZI ACCESSORI

149. SERVIZI ACCESSORI – MY TRAINING
UniSalute prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute, fruibili attraverso strumenti digitali e/o da remoto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori SiSalute.
Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi fruibili tramite App SiSalute Up da tutti gli Assicurati maggiorenni a seguito di registrazione:
1) **Spazio salute:** possibilità di consultare gratuitamente uno spazio informativo e formativo che offre contenuti multimediali per promuovere benessere, prevenzione e stili di vita sani. Include articoli, video e percorsi interattivi per favorire consapevolezza, apprendimento attivo e cura di sé.
2) **Pharma:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.

3) **Pharma Checker:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.
   "Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico dell'Assicurato; pertanto, l'Assicurato potrà rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
4) **Televisita Specialistica a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**
5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 12 prestazioni all'anno. **È a carico dell'Assicurato il costo di queste prestazioni.**

La fruizione del seguente servizio esula dall'utilizzo dello strumento digitale, l'Assicurato sarà assistito dagli operatori di SiSalute:
6) **NutrirSiSalute:** è prevista la possibilità di effettuare da remoto un percorso di consulenza nutrizionale (tramite canale video) con professionisti convenzionati con SiSalute, previa compilazione del questionario finalizzato a individuare le necessità e il nutrizionista disponibile. L'Assicurato avrà la possibilità di scegliere se effettuare esami del sangue e/o un test genetico, a tariffa agevolata. La prima televisita (unitamente al piano nutrizionistico) e la seconda, di controllo, sono comprese nel servizio.
   Il costo delle televisite successive è a carico dell'Assicurato a tariffa agevolata. Il servizio è accessibile tramite link presente all'interno della welcome e-mail inviata da UniSalute, successivamente verrà contattato dagli operatori UniSalute per fissare gli appuntamenti ed iniziare il percorso.

Attivazione dei servizi:
Per l'attivazione dei servizi bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up" e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 0513542042, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute, utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità dell'Assicurazione questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

Altri eventuali servizi gratuiti, anche prestati da società terze, sono consultabili sul sito www.unisalute.it o tramite UniSaluteApp.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE BASE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Prevenzione sportiva	Nessuno	1 (una) prestazione l'Anno per Assicurato
Trattamenti fisioterapici riabilitativi	Nessuno	500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.
Visite specialistiche da Infortunio	Franchigia di 20 (venti) euro per ogni visita specialistica.	2 (due) prestazioni per Assicurato e per Anno.
Alta specializzazione da Infortunio	Nessuno	500 (cinquecento) euro per Assicurato e per Anno.

MODULO MY KIDS

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

150. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, **in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato avvenuti durante la sua operatività**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Visite specialistiche (per i figli);
- Medicinali (per i figli).

151. VISITE SPECIALISTICHE (PER I FIGLI)

UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute **per Visite Specialistiche non connesse a un Ricovero e conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza.**

La garanzia opera esclusivamente per le prestazioni effettuate a favore dei figli dell'Assicurato indicati in Polizza, risultanti dallo Stato di famiglia.

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 specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 1 (una) prestazione l'Anno.

152. MEDICINALI (PER I FIGLI)

UniSalute provvede al pagamento di farmaci/Medicinali prescritti dal medico curante purché resi necessari da Malattia o da Infortunio.

Rientrano in garanzia i soli farmaci/Medicinali presenti nel prontuario farmacologico. Ai fini del rimborso **è necessario l'invio della seguente documentazione**:

- copia delle prescrizioni mediche nominative;
- relativi scontrini fiscali dai quali risultino la denominazione, la quantità e il prezzo del Medicinale e il codice fiscale.

Non si intendono inclusi in copertura i Farmaci e Medicinali salva vita per la cura di patologie croniche, comprese quelle sorte dopo la stipula della Polizza.

La garanzia opera esclusivamente per le prestazioni effettuate a favore dei figli dell'Assicurato indicati in Polizza, risultanti dallo Stato di famiglia.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 200 (duecento) euro l'Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

153. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non è operante per:

a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione;
b) le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione);

c) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
d) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
e) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
f) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
g) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
h) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale e inoltre le Cure sperimentali e i medicinali biologici.

Come Assicura

154. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzia "Visite specialistiche (per i figli)"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

Garanzia "Medicinali (per i figli)"

UniSalute provvede a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio con l'applicazione dello **Scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di 10 (dieci) euro per ogni fattura/scontrino fiscale**.

155. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in Italia.

GARANZIE ASSISTENZA E PERDITE PECUNIARIE

(Articoli riferiti a prestazioni di Assistenza e Perdite pecuniarie)

Cosa Assicura

156. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE
L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli per:

- Prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, rispetto alle seguenti prestazioni:
  - Servizi di domiciliarità;
- Perdite pecuniarie derivanti dalle spese sostenute dall'Assicurato per:
  - Recupero anno scolastico del Figlio;
  - Lezioni di Recupero del Figlio.

157. SERVIZI DI DOMICILIARITÀ
In caso di Ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di Infortunio o Malattia improvvisa, UniSalute garantisce l'Invio di un/una babysitter e/o di una collaboratrice domestica al proprio domicilio.
La garanzia opera per le spese sostenute durante il Ricovero dell'Assicurato e/o, in caso di Immobilizzazione, nei 60 giorni successivi alle dimissioni.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la propria necessità di usufruire della prestazione tre giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura.

In ogni caso, laddove la richiesta di prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio verrà erogato solamente se sussisteranno i requisiti richiesti per la sua attivazione e, comunque, entro tre giorni dalla data della richiesta stessa.

Se, per cause indipendenti dalla Centrale Operativa, non fosse possibile recuperare un fornitore UniSalute potrà rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato previa conferma della Centrale Operativa e invio della documentazione fiscalmente valida.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 80 (ottanta) euro al giorno per massimo 5 (cinque) giorni all'Anno.

158. RECUPERO ANNO SCOLASTICO DEL FIGLIO

UniSalute eroga un Indennizzo forfettario nel caso in cui il figlio/la figlia dell'Assicurato risulti non ammesso all'anno scolastico successivo a seguito di Malattia improvvisa o Infortunio che abbiano comportato un Ricovero superiore ai 5 giorni o una Inabilità Temporanea superiore ai 30 giorni consecutivi, avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione.

La garanzia opera esclusivamente a favore dei figli dell'Assicurato indicati in Polizza, risultanti dallo Stato di famiglia.
La mancata ammissione dovrà essere comprovata da specifica documentazione/certificazione dell'istituto scolastico in cui ne risultano chiare le motivazioni.
UniSalute si riserva di chiedere tutta la documentazione necessaria all'erogazione della garanzia. La somma erogata corrisponde a 1.000 (mille) euro all'Anno per Sinistro.

159. LEZIONI DI RECUPERO DEL FIGLIO

UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese di lezioni di recupero e tutoraggio regolarmente fatturati qualora il figlio/la figlia sia risultato/a assente dalle lezioni scolastiche o Universitarie a seguito di Malattia improvvisa o Infortunio che abbiano comportato un Ricovero superiore a 5 giorni o uno stato di Inabilità Temporanea superiore a 22 giorni consecutivi.

La garanzia opera esclusivamente a favore dei figli dell'Assicurato indicati in Polizza, risultanti dallo Stato di famiglia.
La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di € 20 al giorno per massimo 30 giorni senza vincoli di continuità nell'Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

160. ESCLUSIONI

La Struttura Organizzativa non fornisce:
a) le prestazioni non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà ed urgenza;
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.

Come Assicura

161. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte attraverso la propria rete convenzionata o rimborsando le spese sostenute dall'Assicurato.

162. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in Italia.

SERVIZI ACCESSORI

163. SERVIZI ACCESSORI – MY KIDS

UniSalute prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute, fruibili attraverso strumenti digitali e/o da remoto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori SiSalute.
Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi fruibili tramite App SiSalute Up da tutti gli Assicurati maggiorenni a seguito di registrazione:
1) **Spazio salute:** possibilità di consultare gratuitamente uno spazio informativo e formativo che offre contenuti multimediali per promuovere benessere, prevenzione e stili di vita sani. Include articoli, video e percorsi interattivi per favorire consapevolezza, apprendimento attivo e cura di sé.
2) **Pharma:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.

3) **Pharma Checker:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.
"Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico degli Assicurati; pertanto, gli Assicurati potranno rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
4) **Televisita Specialistica a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata Televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 24 prestazioni all'anno. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
6) **Prestazioni di Assistenza Domiciliare a tariffa agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare servizi di assistenza domiciliare a tariffa scontata, individuando i servizi all'interno del network della Fornitrice. Gli Assicurati potranno prenotare per il tramite del Care Manager fino ad un massimo di 3 prestazioni all'anno di assistenza domiciliare. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
7) **Chat e Televisita con Pediatra:** è prevista la possibilità di accedere alla sezione dell'App dedicata tramite la quale potrà chattare direttamente con pediatra convenzionato con SiSalute che gratuitamente sarà a disposizione per rispondere a preoccupazioni, incertezze e dare consigli relativamente ai propri figli. L'Assicurato nel caso utilizzi la Chat avrà, eventualmente, la possibilità di effettuare illimitatamente delle Televisite con un Pediatra.
8) **Televisita con Medico:** È prevista la possibilità di effettuare gratuitamente n°2 Televisite (canale telefonico) con un Medico H24, 7/7, attraverso la sezione dedicata dello strumento digitale.

Attivazione dei servizi:
Per l'attivazione dei servizi bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up" e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 0513542042, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute, utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità dell'Assicurazione questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

Altri eventuali servizi gratuiti, anche prestati da società terze, sono consultabili sul sito www.unisalute.it o tramite UniSaluteApp.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE SPESE SANITARIE

GARANZIE BASE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Visite specialistiche (per figli)	Nessuno	1 (una) prestazione l'Anno.
Medicinali (per figli)	Scoperto del 20% con minimo non indennizzabile di 10 (dieci) euro per ogni fattura/scontrino fiscale.	200 (duecento) euro all'Anno.

GARANZIE ASSISTENZA E PERDITE PECUNIARIE

GARANZIE BASE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Servizi di domiciliarità	Nessuno	80 (ottanta) euro al giorno per massimo 5 (cinque) giorni all'Anno.
Recupero anno scolastico	Nessuno	1.000 (mille) euro all'Anno per Sinistro
Lezioni di recupero	Nessuno	€ 20 al giorno per massimo 30 giorni senza vincoli di continuità nell'Anno.

MODULO GRANDI INTERVENTI E GRAVI MALATTIE

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

164. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Non sono assicurabili le persone che hanno sofferto o soffrono delle seguenti patologie:

a) Tumori Maligni insorti nei 5 anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza, salvo non sia intervenuta guarigione per i casi ed entro i termini stabiliti dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193, «Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche» e successive modifiche e aggiornamenti;
b) Morbo di Alzheimer, Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone;
c) Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
d) Pancreatite acuta e cronica;
e) Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
f) Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente);
g) Angina pectoris, infarto insorto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica;
h) Sieropositività all'HIV;
i) Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
j) Trapianti di organi o arti;
k) Alcolismo;
l) Tossicodipendenza;

In corso di copertura, la sopravvenienza delle patologie/dipendenze identificate alle lettere k) e l) può costituire causa di cessazione dell'Assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

165. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del:

- 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza. 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;
- 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per il parto e l'Aborto terapeutico.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

166. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato avvenuti durante la sua operatività, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie;
- Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche;
- Second Opinion.

167. RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI MALATTIE

Nei casi di:
a) **Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie**, UniSalute 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 **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;
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 (tremila) euro per Anno e per Assicurato**. 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:** UniSalute 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 (tremila) euro per Anno e per Assicurato, esclusivamente a rimborso**;

d) Rimpatrio della salma: UniSalute, in caso di decesso dell'Assicurato durante un Ricovero all'estero, provvede al rimborso delle spese sostenute per il ripatrio della salma fino al raggiungimento di **20.000 (ventimila) euro per Anno e per Assicurato**.

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 a **un'indennità di 150 (centocinquanta) euro per ogni giorno di Ricovero con un massimo non indennizzabile di 100 (cento) giorni**. UniSalute provvederà comunque al rimborso delle spese previste ai punti 1) Pre-Ricovero e 7) Post-Ricovero della suddetta lettera a).

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

Il Massimale per il complesso di prestazioni sopra elencate è di 100.000 (centomila) euro per Assicurato e per Anno.

168. PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE

UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per le **Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione di un Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie** (indennizzabile ai termini dell'Articolo "RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI MALATTIE") dovuto a Malattia o Infortunio. Tali prestazioni devono essere prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e devono essere effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta/psicologo iscritto all'albo.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.

169. SECOND OPINION

UniSalute offre all'Assicurato la possibilità di ricevere un secondo parere medico qualificato, in merito alla diagnosi già ricevuta o sull'impostazione terapeutica già prescritta dal proprio medico di fiducia e/o da altri operatori sanitari curanti.
L'accesso alla garanzia è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:

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

Per l'esecuzione di questa garanzia, UniSalute si avvale di un fornitore esterno di servizi di assistenza sanitaria telematica che permette all'Assicurato di ricevere una consulenza redatta da medici internazionali specializzati nelle discipline relative alle patologie sopra elencate.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, la quale metterà in contatto l'Assicurato con il consulente medico di UniSalute, al fine di concordare la documentazione sanitaria necessaria.
UniSalute si occuperà dell'inoltro della documentazione e delle eventuali integrazioni necessarie al fornitore esterno e, dopo aver ricevuto il parere, lo restituirà all'Assicurato, in lingua originale e con la traduzione in lingua italiana effettuata dal consulente medico di UniSalute*.

**Si precisa che la traduzione in lingua italiana costituisce un supporto per agevolare la comprensione del parere medico da parte dell'Assicurato. In caso di difformità o errori di trascrizione o traduzione tra la versione italiana e il testo originale redatto in lingua straniera, quest'ultimo farà sempre fede e prevarrà sempre sul testo tradotto.*

Che Cosa Non È Assicurato

170. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non è operante per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione;
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipula della Polizza, 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, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni Psichiatriche e Psicoterapeutiche";
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 idroscì, 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 con 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 sperimentali;
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 anche se nell'ambito di Istituto di Cura;
n) 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;
o) 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;
p) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
q) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
r) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Come Assicura

171. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzia "Ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie"

Copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:
- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie NON convenzionate;
- il Servizio Sanitario Nazionale.

a) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate, UniSalute:
- paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato;
- rimborsa all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre Ricovero e 7) Post Ricovero della lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie dell'Articolo "RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI MALATTIE"; Posto quanto previsto nella Sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI" relativamente alle prestazioni eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata, in caso di Prestazioni miste:
- alle prestazioni eseguite dal personale medico convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella presente lettera a);
- alle prestazioni eseguite dal personale medico NON convenzionato con la Struttura sanitaria convenzionata viene applicato quanto previsto nella successiva lettera b) per le Strutture sanitarie NON convenzionate.

b) Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie NON convenzionate, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e dallo stesso sostenute **con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro ed un massimo non indennizzabile di 6.000 (seimila) euro a carico dell'Assicurato**;

c) Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio.

Garanzia "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

Garanzia "Second Opinion"

UniSalute eroga le prestazioni attraverso la propria rete convenzionata.

172. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo, fatta eccezione per la garanzia "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche" che vale solo in Italia.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE BASE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie	**Strutture sanitarie convenzionate con Personale sanitario convenzionato** Nessuna **Strutture sanitarie convenzionate con personale sanitario non convenzionato** - **Strutture sanitarie convenzionate: Nessuna** - **Personale sanitario non convenzionato:** Scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro ed un massimo non indennizzabile di 6.000 (seimila); Rimborso all'Assicurato delle spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre Ricovero e 7) Post Ricovero della lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital per Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Malattie dell'Articolo "RICOVERO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI MALATTIE". **Strutture sanitarie NON convenzionate** Scoperto pari al 20% con un minimo non indennizzabile di 1.000 (mille) euro ed un massimo non indennizzabile di 6.000 (seimila). **Servizio Sanitario Nazionale:** Nessuna	100.000 (centomila) per Assicurato e per Anno.
Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche	Nessuno	1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.
Second Opinion	Nessuno	-

MODULO ONCOLOGIA

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

173. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Non sono assicurabili le persone che hanno sofferto o soffrono delle seguenti patologie:

a) Tumori Maligni insorti nei 5 (cinque) anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza, salvo non sia intervenuta guarigione per i casi ed entro i termini stabiliti dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193, «Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche» e successive modifiche e aggiornamenti;
b) Morbo di Alzheimer, Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone;
c) Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
d) Sieropositività all'HIV;
e) Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
f) Alcolismo;
g) Tossicodipendenza.

In corso di copertura, la sopravvenienza delle patologie/dipendenze identificate alle lettere f) e g) può costituire causa di cessazione dell'Assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

174. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia opera a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

175. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, **in caso di Malattia oncologica dell'Assicurato manifestatasi durante la sua operatività**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Indennità seguito di Ricovero per Tumore maligno;
- Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche;
- Ospedalizzazione domiciliare;
- Second Opinion.

176. INDENNITÀ A SEGUITO DI RICOVERO PER TUMORE MALIGNO

UniSalute corrisponde un'indennità forfettaria di 20.000 (ventimila) euro in caso di Ricovero in Istituto di cura dell'Assicurato per Tumore maligno.

Per gli **Assicurati che hanno compiuto il 66° (sessantaseiesimo) anno di età** UniSalute corrisponde **un'indennità di 5.000 (cinquemila) euro**, a differenza di quanto indicato precedentemente.

La diagnosi dovrà essere confermata da referto istopatologico o citologico. L'Assicurato si impegna a mettere a disposizione di UniSalute la cartella clinica comprensiva di anamnesi e ogni altro documento necessario per determinare la data di insorgenza e di diagnosi del Tumore maligno.

Successivamente all'erogazione della suddetta indennità, la prestazione resta operante esclusivamente per even-

tuali ulteriori Ricoveri in Istituto di cura per Tumore maligno che non risulti secondario né tantomeno abbiano alcuna correlazione con il Tumore maligno già indennizzato.

La presente garanzia può essere attivata una sola volta per Sinistro, per Assicurato e Anno.

177. PRESTAZIONI PSICHIATRICHE E PSICOTERAPEUTICHE

UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato per le **Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche effettuate nei 120 giorni successivi alla cessazione di Ricovero** (indennizzabile ai termini dell'Articolo "INDENNITÀ A SEGUITO DI RICOVERO PER TUMORE MALIGNO") in Istituto di cura per Tumore Maligno. Tali prestazioni devono essere prescritte da medico "di base" o da medico specialista nella cura dei disturbi psichici e devono essere effettuate da psichiatra o da psicoterapeuta/psicologo iscritto all'albo.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.

178. OSPEDALIZZAZIONE DOMICILIARE

UniSalute, **per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni del Ricovero dell'Assicurato per Tumore Maligno in Istituto di cura, mette a disposizione, tramite la propria rete convenzionata**, prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. 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**, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 5.000 (cinquemila) euro per Assicurato e per Anno.

179. SECOND OPINION

UniSalute offre all'Assicurato la possibilità di ricevere un secondo parere medico qualificato, in merito alla diagnosi già ricevuta o sull'impostazione terapeutica già prescritta dal proprio medico di fiducia e/o da altri operatori sanitari curanti.

L'accesso alla garanzia è consentito in presenza delle seguenti patologie gravi, diagnosticate ovvero già accertate:
- AIDS;
- Morbo di Alzheimer;
- Perdita della vista;
- Cancro;
- Coma;
- Malattie cardiovascolari;
- Perdita dell'udito;
- Insufficienza renale;
- Perdita della parola;
- Trapianto di organo;
- Patologia neuro motoria;
- Sclerosi multipla;
- Paralisi;
- Morbo di Parkinson;
- Infarto;
- Ictus;
- Ustioni Gravi.

Per l'esecuzione di questa garanzia, UniSalute si avvale di un fornitore esterno di servizi di assistenza sanitaria telematica che permette all'Assicurato di ricevere una consulenza redatta da medici internazionali specializzati nelle discipline relative alle patologie sopra elencate.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, la quale metterà in contatto l'Assicurato con il consulente medico di UniSalute, al fine di concordare la documentazione sanitaria necessaria.
UniSalute si occuperà dell'inoltro della documentazione e delle eventuali integrazioni necessarie al fornitore esterno e, dopo aver ricevuto il parere, lo restituirà all'Assicurato, in lingua originale e con la traduzione in lingua italiana effettuata dal consulente medico di UniSalute*.

**Si precisa che la traduzione in lingua italiana costituisce un supporto per agevolare la comprensione del parere medico da parte dell'Assicurato. In caso di difformità o errori di trascrizione o traduzione tra la versione italiana e il testo originale redatto in lingua straniera, quest'ultimo farà sempre fede e prevarrà sempre sul testo tradotto.*

Che Cosa Non È Assicurato

180. ESCLUSIONI
L'Assicurazione non opera per:

a) le conseguenze dirette di Malattie insorte, diagnosticate o curate anteriormente alla stipula dell'Assicurazione;
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
c) la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, tra questi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, salvo quanto previsto dalla garanzia "Prestazioni Psichiatriche e Psicoterapeutiche";
d) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci e all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
e) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
f) le prestazioni con finalità estetiche;
g) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali;
h) 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;
i) 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;
j) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

Come Assicura

181. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzia "Indennità a seguito di Ricovero per Tumore maligno"

La garanzia ha natura indennitaria: UniSalute corrisponde direttamente all'Assicurato un importo forfettario al verificarsi dell'evento oggetto di copertura indicato nella garanzia.

Garanzia "Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.
UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

Garanzie "Ospedalizzazione domiciliare" e "Second Opinion"

UniSalute eroga le prestazioni attraverso la propria rete convenzionata.

182. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in Italia, fatta eccezione per la garanzia "Indennità a seguito di Ricovero per Tumore maligno" che vale in tutto il mondo.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE BASE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Indennità a seguito di ricovero per tumore maligno	Nessuno	20.000 (ventimila) euro per Assicurato e per Anno. Per gli Assicurati che hanno compiuto il 66° (sessantaseiesimo) anno di età UniSalute corrisponde un'indennità di 5.000 (cinquemila) euro.
Prestazioni psichiatriche e psicoterapeutiche	Nessuno	1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.
Ospedalizzazione domiciliare	Nessuno	5.000 (cinquemila) euro per Assicurato e per Anno.
Second Opinion	Nessuno	-

MODULO INVALIDITÀ PERMANENTE

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

183. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del 90° (novantesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli Riferiti A Prestazioni Assicurate Conseguenti A Malattia)

Cosa Assicura

184. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia manifestatasi durante la sua operatività, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Invalidità permanente da Malattia.

185 INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

UniSalute corrisponde fino alla somma di 100.000 (centomila) euro in caso di Malattia che ha come conseguenza una Invalidità Permanente dell'Assicurato, a titolo di indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola Malattia.

Ogni patologia invalidante viene valutata singolarmente in caso di Malattie coesistenti. In caso di Malattie concorrenti viene valutata una invalidità complessiva.

L'Invalidità Permanente viene accertata da UniSalute dopo che la stessa si è stabilizzata in un periodo compreso fra i centottanta e cinquecentoquaranta giorni dalla data di denuncia della Malattia.

L'Invalidità Permanente è determinata indipendentemente dalla professione esercitata, in base a quanto previsto da:
- Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia (ALLEGATO C)
- Articolo "NORME SPECIFICHE GARANZIA "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA" "MODULO INVALIDITÀ" – al punto "Criteri di indennizzabilità" della "SEZIONE 3: NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI".

UniSalute liquida un Indennizzo calcolato sulla Somma Assicurata in base ai parametri riportati nella Tabella (di seguito riportata).

UniSalute non liquida l'Indennizzo se l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 25%.

TABELLA

Gradi di Invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata	Gradi di Invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla Somma assicurata
Fino al 25%	0%	51%	52%
26%	2%	52%	54%
27%	4%	53%	56%
28%	6%	54%	58%
29%	8%	55%	60%
30%	10%	56%	62%
31%	12%	57%	64%
32%	14%	58%	66%
33%	16%	59%	68%
34%	18%	60%	70%
35%	20%	61%	72%
36%	22%	62%	74%
37%	24%	63%	76%
38%	26%	64%	78%
39%	28%	65%	80%
40%	30%	66%	82%
41%	32%	67%	84%
42%	34%	68%	86%
43%	36%	69%	88%
44%	38%	70%	90%
45%	40%	71%	92%
46%	42%	72%	94%
47%	44%	73%	96%
48%	46%	74%	98%
49%	48%	75% ed oltre	100%
50%	50%		

Se l'Assicurato non intende sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico finalizzato a migliorare il decorso della Malattia denunciata, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità Permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse al trattamento, escluso il maggior pregiudizio. In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dalla Malattia denunciata prima dell'accertamento medico-legale disposto da UniSalute, l'Indennizzo per Invalidità Permanente può essere liquidato in favore degli eredi se questi forniscono a UniSalute documentazione medica attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di Ricovero.

Che Cosa Non È Assicurato

186. ESCLUSIONI

L'Assicurazione non è operante per:

a) Malattie, Malformazioni e stati patologici manifestatisi prima della stipula dell'Assicurazione;
b) Malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool, psicofarmaci e uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
d) positività H.I.V. ed AIDS e sindrome ad esse correlate;

e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
f) conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato e da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona. Sono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'Indennizzo;
g) conseguenze dirette o indirette trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o di isotopi radioattivi;
h) per fatti conseguenti a tumulti popolari sommosse popolari, eventi bellici, Atti di Terrorismo, atti di vandalismo, Terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme, malattie professionali soggette all'assicurazione di legge ed elencate nel D.P.R. 30.6.1965 n.1124 e successive modifiche.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di decorrenza della presente Assicurazione.

Per le maggiori somme conseguenti a variazioni intervenute dopo la stipula dell'Assicurazione, quanto previsto alla precedente lettera a) opera dalle ore 24 del giorno di pagamento della variazione.

Come Assicura

187. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
La garanzia ha natura indennitaria: UniSalute corrisponde direttamente all'Assicurato un importo al verificarsi dell'evento oggetto di copertura indicato nella garanzia.

UniSalute non liquida l'Indennizzo se l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 25%.

188. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

SERVIZI ACCESSORI

189. SERVIZI ACCESSORI – INVALIDITÀ PERMANENTE
UniSalute prevede per l'Assicurato la possibilità di utilizzare alcuni servizi relativi alla salute, fruibili attraverso strumenti digitali e/o da remoto, con eventuale gestione del servizio da parte degli operatori SiSalute.
Si tratta di servizi gratuiti nell'ottica della prevenzione del Rischio e della miglior tutela dell'Assicurato.

Servizi fruibili tramite App SiSalute Up da tutti gli Assicurati maggiorenni a seguito di registrazione:
1) **Spazio salute:** possibilità di consultare gratuitamente uno spazio informativo e formativo che offre contenuti multimediali per promuovere benessere, prevenzione e stili di vita sani. Include articoli, video e percorsi interattivi per favorire consapevolezza, apprendimento attivo e cura di sé.
2) **Pharma:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente informazioni dettagliate su farmaci e parafarmaci in commercio.
3) **Pharma Checker:** è prevista la possibilità di trovare gratuitamente indicazioni rispetto ai farmaci da banco e/o parafarmaci in commercio consigliati a seconda del disturbo selezionato.
"Pharma Checker" non si sostituisce al parere del medico degli Assicurati; pertanto, gli Assicurati potranno rivolgersi al proprio medico/specialista prima di far uso di farmaci.
4) **Televisita Specialistica a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità illimitata di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata Televisite specialistiche con medici convenzionati con SiSalute. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
5) **Prestazioni Sanitarie a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare a tariffa agevolata prestazioni sanitarie (visite specialistiche, prestazioni di diagnostica e fisioterapia) presso il network sanitario convenzionato con SiSalute, fino ad un massimo di 3 prestazioni all'anno. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**
6) **Prestazioni di Assistenza Domiciliare a tariffa agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare servizi di assistenza domiciliare a tariffa scontata, individuando i servizi all'interno del network della Fornitrice. Gli Assicurati potranno prenotare per il tramite del Care Manager fino ad un massimo di 3 prestazioni all'anno di assistenza domiciliare. **È a carico degli Assicurati il costo di queste prestazioni.**

7) **Prestazioni di Ricoveri a Tariffa Agevolata:** è prevista la possibilità di prenotare ed effettuare 1 ricovero a tariffa agevolata, individuando la struttura convenzionata all'interno del network della Fornitrice.

Attivazione dei servizi:
Per l'attivazione dei servizi bisogna registrarsi sull'app di SiSalute "SiSalute Up" e per ricevere assistenza, è possibile contattare gli operatori SiSalute al numero 0513542042, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Trattandosi di servizi innovativi relativi alla salute, utilizzabili tramite strumenti digitali, nel corso della validità dell'Assicurazione questi potrebbero essere implementati e/o aggiornati senza pregiudicare il livello e il contenuto di quelli precedenti.

Altri eventuali servizi gratuiti, anche prestati da società terze, sono consultabili sul sito www.unisalute.it o tramite UniSaluteApp.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

GARANZIE BASE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Invalidità permanente da malattia	UniSalute non liquida l'Indennizzo se l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 25%.	Fino a 100.000 (centomila) euro.

MODULO VISITE & ESAMI

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

190. REQUISITI DI ASSICURABILITÀ

Non sono assicurabili le persone che hanno sofferto o soffrono delle seguenti patologie:

a) Tumori Maligni insorti nei 5 anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza, salvo non sia intervenuta guarigione per i casi ed entro i termini stabiliti dalla Legge 7 dicembre 2023 n. 193, *«Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche»* e successive modifiche e aggiornamenti;
b) Morbo di Alzheimer, Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone;
c) Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
d) Pancreatite acuta e cronica;
e) Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
f) Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente);
g) Angina pectoris, infarto insorto nei 10 (dieci) anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica;
h) Sieropositività all'HIV;
i) Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
j) Trapianti di organi o arti;
k) Alcolismo;
l) Tossicodipendenza;

In corso di copertura, la sopravvenienza delle patologie/dipendenze identificate alle lettere k) e l) può costituire causa di cessazione dell'Assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

191. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

192. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato **avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici;
- Alta specializzazione;
- Lenti e occhiali.

193. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

UniSalute provvede al pagamento delle spese sostenute per 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 effettuate per il controllo di routine legato alla crescita 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 specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 5.000 (cinquemila) euro Assicurato e per Anno.

194. ALTA SPECIALIZZAZIONE

UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Malattia o Infortunio.

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
- Fistolografia
- 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
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

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

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

Il Massimale per il complesso di prestazioni sopra elencate è 15.000 (quindicimila) euro. Il Massimale si intende prestato per Assicurato e per Anno.

195. LENTI E OCCHIALI

UniSalute rimborsa all'Assicurato le spese per l'acquisto di **lenti e occhiali (compresa la montatura) o lenti a contatto correttive** in caso di variazione del grado di visus riscontrato dall'oculista **(modifica *visus*)**.

Per ottenere il rimborso è necessaria la prescrizione del medico oculista che certifica la modifica del visus e il referto precedente (con evidenza del *visus*) o la necessità delle prime lenti (prima prescrizione), al fine di poter accertare l'effettiva necessità di nuove lenti.

Si intendono escluse le lenti a contatto "usa e getta" e le lenti estetiche. Sono escluse le spese per i liquidi di pulizia e simili anche se inserite nella stessa fattura delle lenti.

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto correttive deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'Anno Assicurativo.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 300 (trecento) euro. Il Massimale si intende prestato per Assicurato e per Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

196. ESCLUSIONI
L'Assicurazione non opera per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula dell'Assicurazione;
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione, 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 e inoltre quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre 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 idroscì, 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 e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure sperimentali;
k) 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;
l) 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;
m) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
n) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Come Assicura

197. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzie "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" e "Alta specializzazione"

Copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:

- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie non convenzionate;
- il Servizio Sanitario Nazionale.

a) **Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate**, UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo per le spese relative alle prestazioni ricevute con l'applicazione di una Franchigia di 20 (venti) euro per ogni prestazione/accertamento.
b) **Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate**, UniSalute rimborsa le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 80 (ottanta) euro per ogni prestazione/accertamento**;
c) **Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate** con esso, UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Garanzia "Lenti e occhiali"

UniSalute rimborsa le spese riconosciute e sostenute in proprio dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% per fattura**.

198. ESTENSIONE TERRITORIALE
L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Come Personalizzare

199. CONDIZIONE SPECIFICA "FORMULA SENZA FRANCHIGIA"
Il Contraente può scegliere di acquistare la Condizione Specifica di seguito disciplinata; **tale condizione è operante solo se indicate in Polizza e comporta una maggiorazione del Premio**.

UniSalute, a parziale deroga di quanto previsto all'articolo "MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI", provvede a erogare le prestazioni con le modalità indicate di seguito.

Garanzie "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici" e "Alta specializzazione"

Copre le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso:
- le Strutture sanitarie convenzionate;
- le Strutture sanitarie non convenzionate;
- il Servizio Sanitario Nazionale.

a) **nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate**, UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le spese per le prestazioni erogate.
b) **nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate**, UniSalute rimborsa le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato **con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60 (sessanta) euro per ogni prestazione/accertamento**;
c) **nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso**, UniSalute rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

200. TABELLA

PRESTAZIONI ASSICURATE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Visite Specialistiche e Accertamenti diagnostici	Franchigia 20 (venti) euro per prestazione nelle Strutture Sanitarie Convenzionate Scoperto del 20% con min.80 (ottanta) euro per prestazione nelle Strutture Sanitarie non Convenzionate	5.000 (cinquemila) euro
Alta Specializzazione	Franchigia di 20 (venti) euro per prestazione nelle Strutture Sanitarie Convenzionate Scoperto del 20% con min.80 (ottanta) euro Strutture Sanitarie non Convenzionate	15.000 (quindicimila) euro
Lenti e occhiali	Scoperto del 20% per fattura	300 (trecento) euro per Anno

MODULO MY SMILE SUPER

Consulta la Polizza per verificare se hai acquistato questo Modulo.
La Polizza è il documento che ti abbiamo rilasciato dopo l'acquisto, contenente i dati dell'Assicurazione.

NORME SPECIFICHE

201. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE

Fatto salvo quanto previsto nell'articolo "PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALE" della Sezione "NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE", l'Assicurazione decorre dalle ore 24 del:

- 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipula della Polizza;
- 5° (quinto) giorno successivo a quello di effetto della Polizza per gli Infortuni.

GARANZIE SPESE SANITARIE

(Articoli riferiti a prestazioni assicurate conseguenti a Malattia o Infortunio)

Cosa Assicura

202. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera alle condizioni indicate nei seguenti articoli, in caso di Malattia e di Infortunio dell'Assicurato **avvenuti durante La sua operatività**, rispetto alle seguenti prestazioni:

- Prevenzione odontoiatrica;
- Cure odontoiatriche e terapie conservative;
- Accertamenti diagnostici odontoiatrici;
- Cure dentarie da infortunio;
- Interventi chirurgici odontoiatrici extra-Ricovero.

203. PREVENZIONE ODONTOIATRICA

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (Assicurati con età pari o superiore a 18 anni)

UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Il Massimale si intende prestato per Assicurato e per Anno**.

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sottoindicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a UniSalute.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (Assicurati con età pari o inferiore a 17 anni)

UniSalute provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Il Massimale si intende prestato per Assicurato e per Anno.

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", sottoindicate, sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Fluorazione con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di fluorazione nell'arco dello stesso Anno assicurativo, UniSalute provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente.
Nel caso di utilizzo di Struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a UniSalute.

204. CURE ODONTOIATRICHE E TERAPIE CONSERVATIVE

UniSalute provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale per Assicurato di 1.000 (mille) euro l'Anno.

205. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ODONTOIATRICI

UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- Radiografia panoramica (Ortopantomografia)
- Teleradiografia
- Radiografia endorale
- TAC dentale (qualsiasi tipo)

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale per Assicurato di 5 (cinque) prestazioni l'Anno tra quelle indicate.

206. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

UniSalute liquida all'Assicurato le spese sostenute per **prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di Infortunio** con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- **radiografie e referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica**
- **referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.**

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno.

207. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA-RICOVERO

UniSalute liquida le spese sostenute per gli **interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale** anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- odontoma
- rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare

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 sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione consiste in:

- radiografie e referti radiologici per rimozione d'impianto dislocato nel seno mascellare e ascesso dentario in pre-

senza di strumento endodontico nel lume canalare, rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- radiografie, referti radiologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da Medico Chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma

La garanzia è prestata fino al raggiungimento del Massimale di 1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato e per Anno.

Che Cosa Non È Assicurato

208. ESCLUSIONI
L'Assicurazione non opera per:

a) le conseguenze dirette di Infortuni nonché le Malattie, le Malformazioni o i Difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipula dell'Assicurazione;
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula dell'Assicurazione;
c) le prestazioni mediche con finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività dell'Assicurazione);
d) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci e all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
e) gli Infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e inoltre all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni
f) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, e inoltre dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
g) gli Infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
h) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
i) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
j) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
k) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
l) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale e inoltre le Cure sperimentali e i medicinali biologici;

Limitatamente alle prestazioni previste alla garanzia "CURE ODONTOIATRICHE E TERAPIE CONSERVATIVE" e "Cure dentarie da Infortunio", l'Assicurazione non opera per:
- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Come Assicura

209. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI
UniSalute eroga le prestazioni sopra esposte nei limiti previsti e con le modalità sottoindicate.

Garanzie "Prevenzione odontoiatrica", "Accertamenti diagnostici odontoiatrici", "Cure dentarie da infortunio" e "Interventi chirurgici odontoiatrici extra-Ricovero"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

Garanzia "Cure odontoiatriche e terapie conservative"

L'Assicurazione copre unicamente le prestazioni sanitarie eseguite dall'Assicurato presso le Strutture sanitarie convenzionate.

UniSalute paga direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata il costo delle spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

210. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in Italia.

211. TABELLA

GARANZIA BASE	FRANCHIGIE, SCOPERTI E SOTTOLIMITI	MASSIMALI/SOMME ASSICURATE
Prevenzione odontoiatrica	Nessuno	1 (una) volta l'Anno per Assicurato
Cure odontoiatriche e terapie conservative	Nessuno	1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno
Accertamenti diagnostici odontoiatrici	Nessuno	5 (cinque) volte l'Anno per Assicurato
Cure dentarie da Infortunio	Nessuno	1.000 (mille) euro per Assicurato e per Anno
Interventi chirurgici odontoiatrici extra-Ricovero	Nessuno	1.500 (millecinquecento) euro per Assicurato e per Anno

SEZIONE 3: NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

212. DENUNCIA DEL SINISTRO PER LE GARANZIE "SPESE SANITARIE"

Sono previste le seguenti modalità di apertura/denuncia di un Sinistro:

1. Sinistri relativi a prestazioni sanitarie che devono essere eseguite presso Strutture sanitarie convenzionate

L'Assicurato deve prenotare la prestazione sanitaria utilizzando una delle seguenti modalità:

- contattare direttamente la Struttura sanitaria convenzionata per prenotare la prestazione e comunicare l'appuntamento a UniSalute utilizzando l'apposita funzione *Fai una nuova prenotazione/prenotazione* presente rispettivamente sul sito ***www.unisalute.it***, all'interno dell'Area Servizi Clienti e sull'app ***UniSalute Up***;
- prenotare la prestazione utilizzando la stessa funzione *Fai una nuova prenotazione/prenotazione* presente rispettivamente sul sito ***www.unisalute.it*** e sull'app ***UniSalute Up***;
- prenotare la prestazione contattando la Centrale Operativa al **numero verde gratuito 800-009969 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0514161791)**.

In caso di:

- **Ricovero o Day Hospital;**
- **Ospedalizzazione domiciliare.**

L'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della documentazione necessaria.

In caso di Second Opinion: Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa, attraverso il numero verde **800-009969**, la quale metterà in contatto l'Assicurato con il consulente medico di UniSalute, al fine di concordare la documentazione sanitaria necessaria.

L'Assicurato deve inviare a UniSalute la documentazione clinica richiesta dal medico UniSalute.

UniSalute provvederà a inoltrare la documentazione e le eventuali integrazioni necessarie al fornitore esterno di cui si avvale. UniSalute, una volta ricevuto il parere dal fornitore, lo restituirà all'Assicurato, in lingua originale e con la traduzione in lingua italiana effettuata dal consulente medico di UniSalute.

In caso di prenotazione di un Piano terapeutico odontoiatrico, l'Assicurato o la Struttura sanitaria convenzionata deve preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della Presa in carico. A tal fine:

- in occasione del primo Sinistro, la Struttura sanitaria convenzionata effettua la prima visita, redige la Scheda anamnestica (ALLEGATO F) e predispone il Piano terapeutico relativo alle eventuali prestazioni sanitarie necessarie;
- successivamente, la Struttura sanitaria convenzionata invia ad UniSalute:
  - la Scheda anamnestica (ALLEGATO F) compilata in ogni parte;
  - l'eventuale Piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.

UniSalute esamina la documentazione ricevuta e, in caso di valutazione positiva, invia alla Struttura sanitaria convenzionata la Presa in carico relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La Presa in carico ha valore entro i limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei Massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie. Qualora le richieste del piano odontoiatrico dell'Assicurato non rientrino nelle coperture previste o in caso di esaurimento del Massimale/ Somma assicurata, UniSalute consentirà l'applicazione di tariffe agevolate.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato deve presentare alla Struttura sanitaria convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.
UniSalute provvede, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le competenze per le prestazioni previste nella Presa in carico. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare alla Struttura sanitaria convenzionata le prestazioni sanitarie coperte dall'Assicurazione.

La Struttura sanitaria convenzionata non può richiedere all'Assicurato il pagamento delle prestazioni oggetto della Presa in Carico, né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa. **La Struttura sanitaria convenzionata può soltanto richiedere all'Assicurato il pagamento di quanto rimasto a suo carico** (es. prestazioni non coperte dall'Assicurazione o eccedenti i Massimali previsti, Franchigie, Scoperti, etc.).

Sono considerate prestazioni eseguite presso Strutture sanitarie NON convenzionate:
- le prestazioni sanitarie prenotate ed eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata con modalità diverse da quelle indicate nel presente articolo;
- le prestazioni sanitarie eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata da personale medico NON convenzionato con la stessa ai fini dell'Assicurazione;
- le prestazioni sanitarie non convenzionate eseguite presso una Struttura sanitaria convenzionata.

Pertanto, in questi casi:

a) se l'Assicurazione copre anche i Sinistri relativi a prestazioni effettuate presso Strutture sanitarie NON convenzionate, UniSalute rimborsa le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per queste prestazioni alle condizioni previste dall'Assicurazione;
b) se l'Assicurazione non copre anche i Sinistri relativi a prestazioni effettuate presso Strutture sanitarie NON convenzionate, queste prestazioni non sono considerate in copertura.

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

2. Sinistri relativi a prestazioni sanitarie eseguite presso Strutture sanitarie NON convenzionate

Per le prestazioni sanitarie eseguite presso Strutture sanitarie NON convenzionate, incluse quelle del Servizio Sanitario Nazionale, è prevista la modalità rimborsuale. Pertanto, **l'Assicurato deve pagare direttamente alla Struttura sanitaria il costo della prestazione eseguita e richiederne il rimborso a UniSalute**.

Per richiedere il rimborso di quanto speso in Strutture sanitarie NON convenzionate, l'Assicurato può utilizzare la funzione disponibile sul sito ***www.unisalute.it*** – Area Clienti e caricare i documenti in formato elettronico oppure utilizzare l'app ***UniSalute Up***, caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso.

In alternativa, è possibile richiedere il rimborso delle spese sanitarie inviando a UniSalute la documentazione richiesta tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), al seguente indirizzo: **UniSalute - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 – 40138 Bologna**.

La documentazione cartacea da inviare tramite servizio postale è la seguente:
- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte (Allegato D);
- documentazione specifica indicata nelle singole garanzie;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

Le distinte e le ricevute devono riportare in modo analitico le prestazioni effettuate ed il relativo costo. Inoltre, **l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute, deve produrre specifica e adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso**.

In caso di Ricovero, DH o Indennità giornaliera da Ricovero:
L'Assicurato deve inoltre inviare:
- Copia conforme e completa della Cartella Clinica rilasciata dalla Struttura Sanitaria;

In caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale:
L'Assicurato deve inoltre inviare:
- Referto operatorio
- Esame istologico, se previsto;

In caso di Parto domiciliare:
L'Assicurato deve inoltre inviare:
- CedAP il Certificato rilasciato dal professionista che ha assistito al parto (ostetrica/o);
- Carta d'identità e Codice Fiscale dell'Assicurato e del partner;
- Certificato di nascita del neonato;
- Stato di Famiglia.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute ha sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della già menzionata docu-

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

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

Se l'Assicurato ha ottenuto da altre Imprese di Assicurazione il rimborso delle spese sanitarie da lui sostenute in relazione al medesimo Sinistro per cui viene richiesto il rimborso a UniSalute, all'Assicurato viene 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 deve essere documentato e certificato.

3. Sinistri relativi a prestazioni di natura indennitaria (escluse le prestazioni per Indennità giornaliera da Ricovero)

La documentazione richiesta può essere inviata alternativamente tramite:
- il servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), inviando la documentazione cartacea dei documenti all'indirizzo **"UniSalute - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 – 40138 Bologna**;
- il servizio di posta elettronica all'indirizzo "RimborsiUnisalute@unisalute.it".

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute ha sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della già menzionata documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'Indennizzo è pagato in euro.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute 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.

213. NORME SPECIFICHE PER LA GARANZIE "PRESTAZIONI POST-RICOVERO" DEI MODULI "ESSENTIAL", "PLUS" ED "EXTRA"

In caso di Sinistro l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito **800-009969 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0514161791)** al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e ricevere indicazioni sulla documentazione necessaria e sulle relative modalità di trasmissione.
Per ottenere il rimborso delle spese l'Assicurato deve fornire:
- Modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte (ALLEGATO D);
- **in caso di Ricovero/Day Hospital, copia della cartella clinica e/o Lettera di dimissioni**, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale
- **in caso di Intervento Chirurgico Ambulatoriale, copia completa della documentazione clinica**, conforme all'originale.

Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

La suddetta documentazione può essere inviata alternativamente tramite:
- Servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo **"UniSalute - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 – 40138 Bologna"**.
- Servizio di posta elettronica all'indirizzo **"RimborsiUnisalute@unisalute.it"**.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute ha sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'Indennizzo è pagato in euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera sono convertiti in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti 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.

214. NORME SPECIFICHE PER LE GARANZIE "SPESE VETERINARIE" DEL "MODULO MY PET"

In caso di Sinistro l'Assicurato deve:

- fornire a UniSalute, ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare l'evento;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle spese (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.);
- fornire a UniSalute tutti gli elementi utili per identificare l'Animale (numero Microchip o Tatuaggio, Libretto Sanitario o Passaporto dell'Animale domestico).
- fornire tutta la Documentazione veterinaria in copia o in originale se richiesta, necessaria per consentire a UniSalute le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari;
- consentire che l'Animale sia sottoposto in Italia agli accertamenti, visite e controlli veterinari richiesti da UniSalute.

Per chiedere il rimborso delle spese, la suddetta documentazione può essere inviata alternativamente tramite:
- Servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo "**UniSalute - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 – 40138 Bologna"**;
- Servizio di posta elettronica all'indirizzo **RimborsiUnisalute@unisalute.it**.

L'Assicurato può contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-212477 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia 051 6389048) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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.
UniSalute si ritiene libera di coinvolgere un medico fiduciario per le verifiche dello stato di salute dell'Animale.

Per ottenere il rimborso delle spese relative alle "GARANZIE SPESE VETERINARIE", **l'Assicurato deve fornire secondo le modalità prima indicate nel presente Articolo**:
- Modulo denuncia Sinistro spese veterinarie (ALLEGATO E);
- In caso di Ricovero, Documentazione veterinaria;
- in caso di prestazioni extra-Ricovero copia dei certificati veterinari di prescrizione;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo pagamento con dettaglio delle prestazioni eseguite ed i dati identificativi dell'Animale.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative la richiesta di rimborso per lo stesso Sinistro ed abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato sarà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico.

215.NORME SPECIFICHE PER LA GARANZIA "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA" DEL MODULO "INVALIDITÀ PERMANENTE"

L'Assicurato o chi per esso dovrà tempestivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito **800-009969** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia
+ 0516389046).

L'Assicurato deve denunciare in forma scritta la Malattia entro 30 giorni da quando, secondo parere medico, ci sia motivo di ritenere che dalla Malattia possa residuare una Invalidità Permanente.
La denuncia di Sinistro deve essere corredata da certificato medico con dettagliate informazioni sulla natura, il decorso e le conseguenze della Malattia, a seguire sarà onere dell'assicurato inoltrare certificazione attestante la guarigione clinica o remissione della Malattia, purché la stessa sia stabile, quantificabile

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti da UniSalute, fornire alla stessa ogni informazione e produrre copia delle cartelle cliniche complete e di ogni altra Documentazione sanitaria utile per la liquidazione del Sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

In caso di scadenza del contratto prima che la Malattia sia stata denunciata, la relativa denuncia può essere presentata non oltre due anni dalla cessazione del contratto stesso, sempreché la Malattia si sia manifestata entro il periodo di validità dell'assicurazione.

È necessario che l'Assicurato invii a UniSalute tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche in caso di Ricoveri.

UniSalute ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.
Qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalidità civile è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.
UniSalute avrà sempre la possibilità di far valutare lo stato di salute dell'assicurato da un medico di propria fiducia e di condizionare la liquidazione del Sinistro all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.
Nel caso in cui, in sede di verifica del Sinistro, emergono elementi rilevanti sullo stato di salute dell'Assicurato, UniSalute ha la facoltà di richiedere la Documentazione sanitaria ad essi pertinente.

CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ
UniSalute liquida l'Indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola Malattia denunciata.

L'esistenza di una Malattia in atto e l'esistenza di uno stato di Invalidità Permanente non sono tra loro compatibili: fino a quando durerà la Malattia, permarrà uno stato di invalidità temporanea, ma non vi è ancora Invalidità Permanente; se la Malattia guarisce con postumi permanenti si avrà uno stato di Invalidità Permanente; se la Malattia dovesse condurre a morte l'Assicurato, essa avrà causato solo un periodo di invalidità temporanea. In definitiva il consolidarsi di postumi permanenti può mancare in due casi: o quando cessata la Malattia questa risulti guarita senza postumi; ovvero quando la Malattia si risolva con esito letale.

A maggior chiarimento dei criteri di indennizzabilità si fa riferimento allo schema sotto riportato:

STATUS CLIENTE	VALUTAZIONE DI POLIZZA
Assicurato già affetto da Malattia invalidante alla data di effetto polizza	Liquidazione non prevista
Assicurato già affetto da Malattia invalidante alla data di effetto polizza con aggravamento della stessa	Liquidazione non prevista
Assicurato già affetto da Malattia invalidante alla data di effetto polizza con diagnosi di nuova Malattia invalidante coesistente o concorrente	Valutazione dell'Invalidità Permanente derivante dalla nuova Malattia denunciata, senza tener conto del maggiore pregiudizio derivante dalla precedente Malattia invalidante
Assicurato a cui è stata già liquidata un'Invalidità ma con nuova Malattia invalidante coesistente o concorrente	Valutazione dell'Invalidità Permanente derivante dalla nuova Malattia denunciata, senza tener conto del maggiore pregiudizio derivante dalla precedente Malattia invalidante. Si precisa che mai l'Indennizzo totale potrà superare il 100% del capitale assicurato, anche a fronte di più Sinistri denunciati in più anni
Assicurato a cui è stata già liquidata un'Invalidità per la stessa Malattia ora in aggravamento	Nulla è dovuto, oltre a quanto già pagato, in quanto la valutazione medico legale tiene conto degli sviluppi della Malattia invalidante
Assicurato affetto da Invalidità derivanti da Malattie concorrenti insorte in effetto polizza	L'Invalidità Permanente sarà il risultato di una valutazione complessiva
Assicurato affetto da invalidità derivanti da Malattie coesistenti insorte in effetto polizza	L'Invalidità Permanente derivante da ciascuna Malattia coesistente sarà valutata singolarmente

216. NORME SPECIFICHE PER LE GARANZIE "ASSISTENZA"

In caso di Sinistro l'Assicurato **deve**:

- **presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla erogazione delle prestazioni** (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.).
- **contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-212477 attivo 24 ore su 24.** Gli operatori della Centrale Operativa e della Struttura Organizzativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano di copertura.

UniSalute 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 di spesa stabiliti dal contratto.

Se UniSalute non può erogare direttamente la prestazione di Assistenza prevista, la stessa rimborsa, quando previsto dalla garanzia, le spese sostenute dall'Assicurato per procurarsi autonomamente la prestazione precedentemente richiesta alla Struttura Organizzativa, **entro i limiti e i Massimali/ Somme assicurate previsti dal contratto. In tal caso l'Assicurato deve produrre i documenti fiscali in copia a dimostrazione che ha effettivamente sostenuto la spesa**.

UniSalute rimborsa esclusivamente le spese che l'Assicurato ha sostenuto solo se:

- le spese sono state autorizzate dalla Struttura Organizzativa;
- lo stesso non ha potuto richiedere immediatamente la prestazione per cause di forza maggiore;
- le procedure da seguire per la sua attivazione impediscono ad UniSalute di pagarle direttamente al fornitore incaricato.

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

Per chiedere il rimborso delle spese, la suddetta documentazione può essere inviata alternativamente tramite:

- Servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri), all'indirizzo **"UniSalute - Rimborsi Clienti - Via Larga, 8 – 40138 Bologna";**
- Servizio di posta elettronica all'indirizzo RimborsiUnisalute@unisalute.it.

L'Assicurato **deve fornire la documentazione richiesta e riportata nelle singole garanzie**.
Per la 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 documentazione.

Il pagamento all'Assicurato avviene a cura ultimata e dopo la consegna a UniSalute della documentazione richiesta. In ogni caso l'Indennizzo è 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'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'articolo 1915 del Codice civile.

217. AREA TERRITORIALE SCOPERTA

Se l'Assicurato risiede alternativamente:

- **ad una distanza superiore a 20 km dalla Struttura sanitaria convenzionata più vicina;**
- **in una provincia diversa rispetto a quella della Struttura sanitaria convenzionata più vicina;**

nel caso in cui utilizzi una Struttura sanitaria non convenzionata riceverà, previa autorizzazione della Centrale Operativa, il rimborso delle spese sanitarie da lui sostenute applicando i limiti e i Massimali/Somme assicurate previsti per la medesima prestazione eseguita da una Struttura sanitaria convenzionata.

Tale condizione non è operante per le prestazioni relative al Ricovero.

218. PAGAMENTO DEL SINISTRO

Relativamente ai Sinistri per cui è prevista la modalità rimborsuale, UniSalute provvede al pagamento del Sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra UniSalute e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE", dietro presentazione della documentazione richiesta e salvo che non ricorra una delle esclusioni contrattualmente previste.

219. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

UniSalute conserva e allega ai fascicoli dei Sinistri la documentazione di spesa ricevuta in copia dall'Assicurato. Nei casi in cui UniSalute richiede la produzione degli originali, svolte le opportune verifiche, li restituisce all'Assicurato.

UniSalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, invia i seguenti riepiloghi in caso di richiesta da parte dell'Assicurato alla Centrale Operativa:

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

220. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

221. 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.

ALLEGATO A: TARIFFA

	PERCETUALE MASSIMA DI INCREMENTO ANNUO PER FASCIA DI ETÀ																
Fascia di età	PREMIO FINITO ESSENTIAL	PREMIO FINITO PLUS	PREMIO FINITO EXTRA	PREMIO FINITO TOP	PREMIO FINITO ELITE	PREMIO FINITO MY BUSINESS	PREMIO FINITO MY SMILE	PREMIO FINITO MY PET	PREMIO FINITO INVALIDITA' PERMANENTE	PREMIO FINITO MY CAREGIVING	PREMIO FINITO MY BABY	PREMIO FINITO MY TRAVEL	PREMIO FINITO MY TRAINING	PREMIO FINITO MY KIDS	PREMIO FINITO GRANDI INTERVENTI	PREMIO FINITO ONCOLOGIA	PREMIO FINITO VISITE & ESAMI	PREMIO FINITO MY SMILE SUPER
0-9	0,0%	3,2%	2,9%	6,7%	2,0%	1,8%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	14,3%	0,6%
10-19	0,0%	3,1%	2,8%	4,0%	3,0%	1,7%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,9%	0,7%	2,1%	0,0%	0,0%	7,9%	0,7%
20-29	2,2%	1,6%	2,0%	4,9%	7,7%	1,5%	3,8%	0,0%	6,7%	1,7%	0,0%	1,8%	0,7%	2,3%	6,1%	0,0%	3,7%	0,8%
30-39	1,8%	1,4%	1,9%	3,6%	4,9%	1,8%	3,6%	0,0%	6,6%	1,4%	0,0%	1,5%	0,7%	0,5%	5,6%	4,8%	3,6%	0,9%
40-49	1,5%	1,2%	1,5%	2,1%	1,7%	1,9%	3,3%	0,0%	6,3%	2,3%	0,0%	1,7%	2,0%	0,5%	5,4%	4,7%	1,5%	1,1%
50-59	1,3%	1,1%	1,5%	2,7%	2,8%	1,8%	3,2%	0,0%	6,1%	2,6%	0,0%	1,5%	1,3%	0,9%	5,3%	4,3%	0,9%	1,2%
60-74	1,2%	1,0%	1,5%	3,4%	4,3%	1,7%	3,3%	0,0%	6,0%	2,7%	0,0%	1,7%	2,0%	1,2%	5,1%	4,3%	0,9%	1,5%

ALLEGATO B: 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 parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- 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 echinococcosi 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 orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfoadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfoadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfoadenectomia

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 sottoelencati 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

ALLEGATO C: VALUTAZIONE INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il Parkinson, l'epilessia, l'Ictus cerebrale, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione

- disturbi del linguaggio;
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- disturbi della coscienza;
- disturbi episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- disturbi della statica e della marcia;
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. INFERIORE AL 25%	CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. SUPERIORE AL 74%
I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni: • il soggetto comprende l'eloquio, ma non può produrre un linguaggio appropriato; • il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari; • disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza; • disturbi episodici riferibili a sincopi, crisi epilettiche, convulsioni; • il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti; • presenza di attività vescicale e rettaleriflessa, con marcata riduzione del controllo volontario.	I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni: • il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare; • il soggetto non può prendere cura di se stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere; • disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente; • episodi sincopali e/o epiletticie/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno; • il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare; • alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le tromboflebiti, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- Classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Hearth (NYHA): classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni; classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso; classe 3: a riposo i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso; classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;
- Pressione arteriosa;
- Efficacia della terapia medica e chirurgica;
- Criteri clinici generali.

CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. INFERIORE AL 25 %	CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. SUPERIORE AL 74%
I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni: • soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia; • soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia; • oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica; • oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di angioplastica o di bypass coronarico; • oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva; • oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso; • soggetto con persistenti aritmie non correggibile terapeuticamente, ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.	I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni: • soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica; • soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente; • soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente, e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva; • soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva; • soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

APPARATO RESPIRATORIO

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino quali ad esempio le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO2) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. INFERIORE AL 25%	CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. SUPERIORE AL 74%
I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati: • FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA; • FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA; • FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA oppure • PaO2 superiore all'80% del valore teorico.	I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati: • FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA; • FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA; • FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA oppure • PaO2 inferiore al 65% del valore teorico.

APPARATO DIGERENTE

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazione del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. INFERIORE AL 25%	CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. SUPERIORE AL 74%
ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e la perdita di peso determinata dalla malattia non supera il 10% del valore teorico e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive. COLON, SIGMA E RETTO I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo (tre scariche diarroiche dia) e il trattamento prevede restrizioni alimentari ed una terapia farmacologica solo sintomatica. FEGATO I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.	ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica né dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori Interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico. COLON, SIGMA E RETTO I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico. FEGATO Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie di ascite o di sanguinamento da varici dal tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.

APPARATO URINARIO

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insuffcienza renale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacidel trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. INFERIORE AL 25%	CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. SUPERIORE AL 74%
Clearance creatinina superiore a 50 ml/min. oppure Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mmHg), senza adeguata terapia oppure sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.	Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min. oppure Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mmHg), non controllabile da adeguata terapia oppure sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die. oppure Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mmHg), non controllabile da adeguata terapia oppure sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

SISTEMA ENDOCRINO

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. INFERIORE AL 25%	CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. SUPERIORE AL 74%
La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia in base ad esami di laboratorio oppure diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.	La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico oppure la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%. oppure la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

SISTEMA EMATOPOIETICO E LINFATICO

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. INFERIORE AL 25%	CONDIZIONI CHE DETERMINANO UNA I.P. SUPERIORE AL 74%
Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr. 10/100 ml., non necessita di emotrasfusioni oppure sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia oppure leucemia linfatica cronica in 1° stadio oppure leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.	Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiori a gr. 10/100 ml., con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane) oppure presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa oppure leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.

MALATTIE NEOPLASTICHE

I postumi di tutte le forme tumorali maligne o benigne con comportamento biologico aggressivo, che colpiscano qualsiasi organo, apparato o sistema, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- gli esiti obiettiati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
- la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.

A. Se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'Invalidità permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati.

B. Se la malattia neoplastica comporta al momento della valutazione una prognosi a breve termine sfavorevole per la vita, o perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà riconosciuta una invalidità superiore al 74% indipendentemente dalle alterazioni funzionali obiettivabili.

ALLEGATO D: MODULO DI DENUNCIA SINISTRO

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

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative
(Art. 9, paragrafo 2, lett. a), Regolamento (UE) n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

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

Luogo e data

Nome e cognome

C.F.
del titolare di polizza o del familiare (in stampatello)

Firma dell'interessato

POLIZZA NUMERO

CONTRAENTE: Cognome Nome

ASSICURATO PER CUI SI CHIEDE IL RIMBORSO:

Cognome Nome

Nato/a il

Codice Fiscale

Residente in via N° CAP Località/Comune Prov

Domicilio CAP Località/comune Prov
(se diverso da residenza)

N° tel. Tel cell. Email

GARANZIA PER LA QUALE SI RICHIEDE UN RIMBORSO:

☐ GARANZIE SPESE SANITARIE ☐ GARANZIE ASSISTENZA E/O PERDITE PECUNIARIE ☐ GARANZIA "INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA" DEL MODULO "INVALIDITÀ PERMANENTE

Si allega la copia delle seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

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

Altre polizze Malattia/Infortuni possedute
sì ☐ no ☐ Compagnia _____

Ai fini del rimborso diretto l'Assicurato notifica le coordinate bancarie del conto di cui deve essere l'intestatario o cointestatario

c/c intestato a: Banca/Posta

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

Data

Firma dell'Assicurato

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

ALLEGATO E: MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO SPESE VETERINARIE

da compilare ed inviare in busta chiusa a: **UniSalute S.p.A. - Rimborsi Clienti – c/o Torre Unipol - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO**.

Consenso al trattamento dei dati personali relativi alla salute per finalità assicurative
(Art. 9, paragrafo 2, lett. a), Regolamento (UE) n. 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Preso atto di quanto indicato nell'informativa sul trattamento dei dati personali, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento delle categorie particolari di dati personali (in specie, relativi alla salute), per finalità assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma nello spazio sottostante. Le ricordiamo che tale consenso è necessario qualora, per la liquidazione del sinistro, debba essere presentata documentazione contenente dati relativi alla salute a Lei riferibili (a titolo esemplificativo, certificato di ricovero).

Luogo e data

Nome e cognome del Contraente/Assicurato (in stampatello)

Codice Fiscale

Città CAP

Firma del Contraente/Assicurato

PARTE DA COMPILARE A CURA DELL'ASSICURATO

TITOLARE DI POLIZZA*: Cognome Nome

Nato/a il

Codice Fiscale

Residente in via N° CAP Località/Comune Prov

Domicilio CAP Località/comune Prov
(se diverso da residenza)

N° tel. Tel cell. Email

PARTE DA COMPILARE RELATIVA AL PROPRIO ANIMALE

POLIZZA NUMERO

Tipologia □ Cane □ Gatto Colore

Nome Sesso □ M □ F Data di nascita ___/___/____

Razza N° di tatuaggio o microchip

Data, dinamica e circostanze dell'infortunio o data di quando si è riscontrata l'insorgenza della malattia *:

_____

_____

_____

_____

DOCUMENTAZIONE RICHIESTA

Per velocizzare i processi di rimborso ti chiediamo di inviare i documenti relativi allo stesso Sinistro in un'unica soluzione

☐ **RICOVERO E DAY HOSPITAL CON INTERVENTO CHIRURGICO***
☐ **PRESTAZIONI EXTRARICOVERO (VISITE VETERINARIE, VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ESAMI DI LABORATORIO) ***
☐ **RICOVERO SENZA INTERVENTO CHIRURGICO O PARTO: RICHIESTA INDENNITÀ SOSTITUTIVA ***
☐ **ALTRO ***

ATTENZIONE: L'ASSICURATO POTRÀ RICHIEDERE IL RIMBORSO SOLO SE LE GARANZIE SOPRAINDICATE SONO INCLUSE NEL PROPRIO PIANO SANITARIO. LA DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER IL RIMBORSO DEL SINISTRO, DA ALLEGARE AL PRESENTE MODULO, È DESCRITTA GENERICAMENTE NEL FOGLIO A "DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE PER OGNI RICHIESTA DI RIMBORSO" E IN DETTAGLIO NEL PROPRIO PIANO SANITARIO. IL PROPRIO PIANO SANITARIO RESTA, PERTANTO, L'UNICO STRUMENTO VALIDO PER UN COMPLETO ED ESAURIENTE RIFERIMENTO.

Si allega la copia delle seguenti fatture, che devono riportare in maniera analitica le prestazioni eseguite ed i relativi importi

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

e si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali di spesa.
Dichiaro di non avere altre coperture sanitarie e di non aver presentato ad altre Assicurazioni, Casse, Fondi o Enti medesima richiesta di rimborso, in caso contrario indicare l'Assicurazione/Cassa/Fondo/Ente: _____
(Informazione obbligatoria ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile)

Se si tratta di documenti integrativi riferiti a un sinistro già in essere ti chiediamo di indicare il numero di sinistro a cui si riferiscono.
N° SINISTRO
Questo ci permette di accelerare la valutazione e quindi le procedure di rimborso. Trovi il numero del sinistro su unisalute.it – area riservata - sezione "estratto conto" oppure contattando la Centrale Operativa telefonica al numero verde del tuo piano sanitario.
Puoi fare l'upload dei documenti integrativi anche direttamente on line su unisalute.it –area riservata - sezione "estratto conto": è facile e veloce.sinistro su unisalute.it – area riservata - sezione "estratto conto" oppure contattando la Centrale Operativa telefonica al numero verde del tuo piano sanitario.
Puoi fare l'upload dei documenti integrativi anche direttamente on line su unisalute.it –area riservata - sezione "estratto conto": è facile e veloce.

Ai fini del rimborso diretto, notifico le coordinate bancarie*:

c/c intestato a: Banca/Posta

Codice IBAN

In caso di modifica del Codice IBAN, è necessario darne comunicazione tempestiva ad UniSalute attraverso l'area riservata del sito internet.

*campi da compilare obbligatoriamente

Data

Firma del proprietario

PARTE DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO VETERINARIO *

Nome dell'animale: N° di tatuaggio o microchip

Le prestazioni mediche sono state erogate per motivi di:
- ☐ **malattia**
- ☐ **infortunio**
- ☐ **vaccinazione**

Le prestazioni mediche sono state eseguite:
- ☐ **in regime di day hospital: riportare data/e…….**
- ☐ **Ricovero (degenza con pernottamento): riportare data ricovero e data dimissioni ……**
- ☐ **in regime ambulatoriale (in assenza di Ricovero, dh)**

SE SI TRATTA DI MALATTIA **Data di inizio della Malattia:**

Tipo di malattia e in quale giorno è stata prestata per la prima volta l'assistenza veterinaria? Da chi è stata prestata?

È questa l'esclusiva causa determinante lo stato patologico o ve ne sono altre accessorie? Quali?

Eventuali patologie pregresse (data loro insorgenza) /congenite/genetiche e correlate:

SE SI TRATTA DI INFORTUNIO **Data dell'Infortunio:**

Qual è la causa diretta della lesione e in quale giorno è stata prestata per la prima volta l'assistenza veterinaria? Da chi è stata prestata?

È questa l'esclusiva causa determinante lo stato patologico o ve ne sono altre accessorie? Quali?

Esatta descrizione della lesione (tipo e sede anatomica):

In quali condizioni di integrità fisiologica ed anatomica si trovava l'animale prima dell'infortunio? (Indicare specialmente se e quali tracce si riscontravano in lui)

a) di lesioni antecedenti, come: ferite, fratture, distorsioni, lussazioni, mutilazione, ecc

b) di malattie

È stato praticato un intervento chirurgico? ☐ Sì ☐ No

Sono state eseguite delle radiografie, rmn e tac? (da compilare in caso di intervento ortopedico/neurochirurgico)

☐ Sì ☐ No

riportare brevemente la motivazione della non esecuzione:

In caso di risposta affermativa:

☐ radiografie/rmn/tac pre-intervento ☐ radiografie/rmn/tac post-intervento

specificare formato: DICOM, lastra con foto timbro, altro

In caso di decesso dell'animale riportarne la data:

La preghiamo di specificare in maniera analitica, sulle fatture, l'importo di ogni singolo atto fatturato

La compagnia si ritiene libera di coinvolgere un medico fiduciario per le verifiche dello stato di salute dell'animale.

Timbro del veterinario (indispensabile)

Data e firma e del veterinario

Il sottoscritto Medico curante dichiara di aver risposto alle precedenti domande con scienza, coscienza e veritia

ALLEGATO F: SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA

Gentile Cliente,

affinché UniSalute possa valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche di cui si appresta a richiedere il rimborso, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la scheda anamnestica odontoiatrica **indicante le patologie e le pregresse riabilitazioni, rilevate PRIMA dell'erogazione delle terapie, durante le fasi diagnostiche pre trattamento**.

Tale scheda è stata suddivisa in due tabelle per rendere più agevole e uniforme la raccolta dei dati relativi allo stato di salute del suo cavo orale, precedente alle **prestazioni odontoiatriche** effettuate.

La documentazione compilata andrà inviata, unitamente alle fatture relative alle prestazioni a: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO.

Il Sottoscritto/a

Nato a il

Codice Fiscale I__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Residente a Prov CAP

Via/Piazza N°

N° tel.

TABELLA 1 – Anamnesi clinica degli elementi dentali e dei tessuti parodontali

Si prega di barrare con una X gli elementi interessati

Codice	Descrizione	Indicare gli elementi interessati															
X	ELEMENTO MANCANTE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
O	OTTURAZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
D	DEVITALIZZA-ZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
IN	INTARSIO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RIC	RICOSTRUZIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
W	CORONA PROTESICA SINGOLA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
F	FIXTURE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PF	ELEMENTO DI PROTESI FISSA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
PM	ELEMENTO DI PROTESI MOBILE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
P	PERNO MONCONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
S	ELEMENTO DI SCHELETRATO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Codice	Descrizione	Indicare gli elementi interessati															
DP	DENTE PILASTRO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
C	CARIE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RA	RESIDUO RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FC	FRATTURA CORONALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ENV	ELEMENTO NON VITALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EDP	ELEMENTO DOLENTE ALLA PERCUSSIONE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EMP	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO +	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM1	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 1	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM2	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 2	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
EM3	ELEMENTO IN MOBILITÀ GRADO 3	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGMI	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER I	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
RGMII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER II	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
COR	CISTI (ODONTOGENA O RADICOLARE)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DOA	DIFETTO OSSEO ANGOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ERI	ELEMENTO RITENUTO OD INCLUSO	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FR	FRATTURA RADICOLARE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CCI	CURA CANALARE INCONGRUA	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
GP	GRANULOMA PERIAPICALE	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

TABELLA 2 – Patologie del cavo orale

Indicare per esteso il quadro clinico rilevato: si prega di scrivere in stampatello in modo chiaro e leggibile.
(Es.: recessione gengivale classe di Miller III: 1° e 2° quadrante; leucoplachia: mucosa geniena destra; frenulo: linguale; riassorbimento osseo orizzontale: diffuso; altre patologie delle mucose orali: mucocele labbro inferiore; ecc.)

Codice	*Descrizione*	*Indicare se presente*
MLCI	*MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I*	
MLCII	*MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II*	
MLCIII	*MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE III*	
TP	*TORUS PALATINO*	
TM	*TORUS MANDIBOLARE*	
FT	*FRENULO TECTOLABIALE*	
E	*EPULIDE (GRANULOMA A CELLULE GIGANTI)*	
L	*LEUCOPLACHIA*	
ESLT	*ERITOPLACHIE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI*	
APMO	*ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI*	
FRE	*FRENULO*	
RCGMIII	*RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III*	
RCGMIV	*RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV*	
ROO	*RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE*	

ATTENZIONE: nella scheda anamnestica vanno segnate le preesistenze (carie, elementi assenti, corone, otturazioni, fratture, ecc.) E NON le cure effettuate.

ATTENZIONE: La scheda anamnestica va compilata per l'intero cavo orale, non soltanto per il distretto oggetto di cure.

Note:

Firma dell'odontoiatra

Data

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(di seguito, "Informativa Privacy")
UNS_Info_Cont_08 – Ed. 05.09.2025

Gentile Cliente,
ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il **"Regolamento"**), La informiamo che UniSalute S.p.A. (di seguito, **"UniSalute"** o la **"Compagnia"**), per fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali riferibili a Lei e/o agli ulteriori eventuali interessati, per le finalità di seguito indicate.
Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente (di seguito, il "Contraente"), agli eventuali altri soggetti (di seguito, i **"Terzi Interessati"**) a cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (a titolo esemplificativo, il beneficiario della polizza assicurativa ovvero ogni altro interessato a qualunque titolo coinvolto).

Chi tratterà i dati personali?
Il titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (https://www.unisalute.it), con sede in Via Larga 8, 40138, Bologna.

Quali dati personali tratteremo?
Saranno raccolte e trattate le seguenti categorie di dati personali (i **"Dati"** o i **"Suoi Dati"**) riferibili a Lei e/o ai Terzi Interessati:
a) dati anagrafici (nome e cognome, genere, data di nascita, codice fiscale, eventuale rapporto di parentela del Contraente con i Terzi Interessati, indirizzo di residenza);
b) dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail);
c) coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN);
d) categorie particolari di dati[1] (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati 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);
e) dati relativi alla gestione amministrativa dei sinistri (tra cui, frequenza dei sinistri, importi corrisposti, stato delle pratiche).
Si tratta dei Dati che Lei stesso o altri soggetti[2] ci fornite, indispensabili per erogare, in favore del Contraente e/o dei Terzi Interessati, i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti.

Perché tratteremo i Dati?
I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) – *Esecuzione del contratto assicurativo*** (il **"Contratto"**): i Dati saranno trattati per garantire l'erogazione dei servizi assicurativi previsti dal Contratto (a titolo esemplificativo, la raccolta dei premi, ove a carico dell'assicurato, la valutazione e la liquidazione dei sinistri, il pagamento o l'esecuzione delle ulteriori prestazioni connesse ai servizi assicurativi richiesti, attività di riassicurazione e/o coassicurazione);

- **(F2) – *Svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi:*** il trattamento comporta lo svolgimento delle attività finalizzate alla prevenzione e all'accertamento delle frodi assicurative, nonché alla valutazione delle eventuali azioni legali da intraprendere, anche di concerto con le altre compagnie assicurative del Gruppo Unipol;

- **(F3) – *Analisi statistiche e tariffarie:*** i Dati (esclusi quelli appartenenti a categorie particolari) saranno trattati per attività di analisi ed elaborazione a fini tariffari e/o statistici, sulla base dei parametri di prodotto, delle caratteristiche di polizza e delle informazioni sulla sinistrosità, nonché per esigenze di gestione e controllo interno;

[1] 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, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
[2] Ad esempio, eventuali soggetti che abbiano stipulato nell'interesse di un terzo la polizza assicurativa; 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 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 consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici; nei limiti di quanto necessario per dare esecuzione al Contratto, strutture sanitarie convenzionate che erogheranno le prestazioni richieste dagli assicurati.

- **(F4) – *Area riservata:*** se deciderà di registrarsi all'area riservata (l'**"Area Riservata"**) del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (l'**"App"**), qualora prevista dal Suo piano sanitario, tratteremo i Dati per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dal Contratto;

- **(F5) – *Invio di comunicazioni di servizio:*** i Dati relativi ai Suoi recapiti saranno utilizzati per inviarLe avvisi e comunicazioni di servizio[3], eventualmente anche per il tramite dell'App;

- **(F6) – *Condivisione dei Suoi Dati con gli appartenenti al nucleo familiare assicurato:*** al momento della registrazione all'Area Riservata, ove presente, Le sarà possibile scegliere se condividere i Suoi Dati, anche rientranti in categorie particolari, con gli eventuali Terzi Interessati, purché appartenenti al Suo nucleo familiare assicurato, oppure se gestire in autonomia la Sua posizione. Le forniremo ulteriori informazioni sulla condivisione dei Suoi Dati con un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata[4];

- **(F7) – *Perseguimento di esigenze amministrativo contabili e adempimento degli obblighi normativi:*** i Dati saranno trattati al fine di perseguire esigenze amministrativo – contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili in base alle prestazioni richieste, e stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza[5];

- **(F8) – *Invio di comunicazioni commerciali riguardanti prodotti e/o servizi analoghi (soft-spam):*** l'indirizzo di posta elettronica, qualora fornito dal Contraente nell'ambito dell'acquisto dei servizi assicurativi, potrà essere utilizzato, ai sensi dell'art. 130, comma 4, del D. lgs. 196/2003, al fine di inviare, nei confronti di quest'ultimo, comunicazioni commerciali relative a prodotti e servizi assicurativi analoghi a quelli acquistati. Resta sempre ferma la facoltà di opporsi, in qualunque momento, alla ricezione di tali comunicazioni (si veda il paragrafo "I Suoi diritti");

- **(F9) – *Tutela dei propri diritti:*** il trattamento potrà avvenire al fine di agire a tutela dei diritti della Compagnia, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale;

- **(F10) – *Chatbot Chiara 2.0:*** qualora decida di utilizzare, ove presente nella Sua Area Riservata, Chiara 2.0, il chatbot di UniSalute basato sull'intelligenza artificiale (disponibile sul sito web www.unisalute.it), tratteremo i Suoi dati personali esclusivamente per assisterLa nella gestione del Contratto e per fornirLe i chiarimenti richiesti (se necessario, in base ai quesiti formulati, anche trasmettendole apposite guide via sms e/o e-mail).

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c); d); e)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione al Contratto. I Dati riferibili ai Terzi Interessati, beneficiari di polizza, acquisiti nella fase precontrattuale, saranno trattati sulla base del legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento)[6].	Il conferimento dei Dati è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

[3] Le comunicazioni di servizio, che Le verranno inoltrate a mezzo e-mail, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche push, riguarderanno, ad esempio, le informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

[4] L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione "privacy" del sito web di UniSalute (https://www.unisalute.it).

[5] Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, AGCM, Garante per la protezione dei dati personali, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni 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 un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

[6] 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, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (ad esempio, l'accertamento o la difesa di diritti in sede giudiziaria).

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F2	a); d); e)	Il trattamento è fondato sul legittimo interesse del titolare del trattamento alla prevenzione e al contrasto delle frodi assicurative. Potremo trattare i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per accertare o difendere un diritto di UniSalute, sulla base dell'articolo 9, paragrafo 2, lettera f) del Regolamento.	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F3	a); e)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse della Compagnia allo svolgimento di attività di tariffazione e di analisi statistiche.	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F4	a); b); c); d)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione al Contratto. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento).	Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite l'Area Riservata. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tale finalità.
F5	a); b); c); d); e)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione al Contratto (che, in taluni casi, risponde altresì a un obbligo normativo in capo alla Compagnia). Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento).	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F6	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nell'esplicito e facoltativo consenso degli interessati. Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata. Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.	Precisiamo che il mancato rilascio del consenso non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e/o all'esecuzione del Contratto, ma precluderà solamente la condivisione dei Dati. Resta ferma, inoltre, la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F7	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento).	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F8	a); b) – limitatamente all'indirizzo e-mail del Contraente, qualora fornito in fase di stipula del Contratto.	Il trattamento avviene esclusivamente per finalità di marketing diretto, nei limiti di quanto previsto dall'art. 130, comma 4, del D. lgs. 196/2003.	Il conferimento dei Dati è libero e facoltativo. Inoltre, sarà sempre possibile opporsi all'invio di queste comunicazioni mediante il tasto unsubscribe o scrivendo all'indirizzo e-mail: privacy@unisalute.it.
F9	a); b); c); d); e)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti. Tratteremo i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per accertare o difendere un diritto di UniSalute, sulla base dell'articolo 9, paragrafo 2, lettera f) del Regolamento.	Il conferimento dei Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F10	a); b); c); d); e)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione al Contratto. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, paragrafo 2, lettera a) del Regolamento).	Il conferimento dei Dati è libero e facoltativo. Precisiamo che potrà sempre scegliere di utilizzare gli altri canali a Sua disposizione (ad esempio, contattando gli operatori della Centrale Operativa) per ricevere assistenza e supporto riguardo alla polizza sottoscritta.

Come tratteremo i Suoi Dati?
I Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi. I Dati saranno resi accessibili al solo personale autorizzato, nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.
I Dati potranno, altresì, essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, per finalità connesse alle attività liquidative e assicurative, nonché al fine di prevenire o accertare frodi. L'utilizzo di tali sistemi non comporterà in nessun caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.
Le precisiamo che, al fine di migliorare e rendere più affidabili i sistemi di intelligenza artificiale, la Compagnia potrà utilizzare i Dati (ad esclusione di categorie particolari di dati personali) durante sessioni di addestramento dei suddetti sistemi. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Compagnia, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Compagnia e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati.

A chi comunicheremo i Dati?
I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:
I. soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati[7];
II. ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i Dati potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre società facenti parte, come UniSalute, del Gruppo Unipol[8];
III. soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.): la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche;
IV. società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, qualora necessario al perseguimento dei legittimi interessi della Compagnia, ovvero di tali società, correlati a specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano[9] o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa.

I Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario per il perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

[7] Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui possono essere affidate la gestione, la liquidazione e 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.
[8] Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.
[9] In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a 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, 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; 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.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?
I Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili.
In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1, F10	I Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Dopodiché, saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi previsti dalla normativa assicurativa, di regola dieci (10) anni dalla data di cessazione del Contratto.
F2, F3, F4, F5	I Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale.
F6	I Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Alla cessazione del Contratto o in caso di revoca del consenso, la condivisione si interromperà.
F7	I Dati saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili (amministrativi, fiscali, assicurativi, ecc.), di regola dieci (10) anni dalla data di cessazione del Contratto.
F8	I Dati saranno conservati per la durata del Contratto oppure sino alla Sua opposizione, se antecedente.
F9	Per i termini prescrizionali previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

I Suoi diritti
La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei Dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).
La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare. Ove il trattamento dei Dati sia basato sul Suo consenso, Lei ha il diritto di revocarlo in ogni momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.
Inoltre, può sempre opporsi all'invio di comunicazioni commerciali, qualora non basate sul Suo previo consenso (soft-spam).
Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi Dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica: privacy@unisalute.it.
Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.

INFORMATIVA PRECONTRATTUALE PER CONTRATTI DANNI STIPULATI A DISTANZA

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive rispetto a quelle contenute nelle Condizioni di Assicurazione, nel DIP e nel DIP aggiuntivo.
Il contratto può essere stipulato tra il Contraente e UniSalute S.p.A. ("UniSalute") direttamente o per il tramite dell'Intermediario autorizzato dalla stessa UniSalute (in entrambi i casi definiti "il Distributore") nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dal Distributore che, per tale contratto, impiega una tecnica di comunicazione a distanza (ad esempio sito web, app, contatto telefonico, etc.).
Per "tecnica di comunicazione a distanza" deve intendersi qualunque tecnica di contatto con la clientela che, senza la presenza fisica e simultanea del Distributore e del Contraente, possa essere impiegata per il collocamento a distanza di contratti assicurativi e riassicurativi.

Ai sensi dell'art. 73 del Regolamento IVASS n. 40 del 2 agosto 2018 (il "Regolamento 40"), il Contraente, prima della conclusione del contratto di assicurazione, può scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale secondo quanto previsto dall'articolo 120-quater del Decreto legislativo 7 settembre 2005 n. 209 (il "Codice delle Assicurazioni Private"):
a) su supporto cartaceo;
b) su supporto durevole non cartaceo;
c) tramite un sito Internet solo laddove il contraente abbia regolarmente accesso ad Internet, ossia nel caso in cui fornisca un indirizzo di posta elettronica a lui riferibile ai fini della distribuzione del prodotto.

Nei casi b) e c) il Contraente potrà richiedere, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico, la ricezione della documentazione su supporto cartaceo e potrà modificare la tecnica di comunicazione prescelta in ogni momento.
Per "supporto durevole" deve intendersi qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette, in modo che siano accessibili per la futura consultazione durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate e consenta la riproduzione inalterata delle informazioni memorizzate.
Le diverse fasi e modalità da seguire per la conclusione del contratto tramite internet sono illustrate nel sito internet del Distributore.
Il presente contratto è anche assoggettato agli articoli 59-quater, 59-quinquies e 59-septies del decreto legislativo 6 settembre 2005 n. 206 (il "Codice del Consumo"), secondo quanto previsto dall'art. 121 - comma 1 lettera f) - del Codice delle Assicurazioni Private.

Lingua utilizzata (art. 59-quater, 1.comma, lettera z) Codice del Consumo)
La documentazione precontrattuale e il contratto sono redatti in lingua italiana e tutte le comunicazioni in corso di contratto avverranno in tale lingua. Restano salve le disposizioni vigenti in materia di bilinguismo nelle Regioni a Statuto Speciale.

Diritto di recesso (art. 54 bis; art. 59 octies e art. 59 novies Codice del Consumo)
Entro 14 giorni dalla data di conclusione del contratto, il Contraente ha diritto di recedere utilizzando una delle seguenti modalità, alternative tra di loro:
- a mezzo **lettera raccomandata** contenente gli elementi identificativi del contratto, da inviare a UniSalute e all'Intermediario autorizzato, o soltanto a UniSalute in caso di vendita a distanza organizzata direttamente dalla stessa senza il tramite di un Intermediario.
  In alternativa la comunicazione di recesso, contenente gli elementi identificativi del contratto, potrà essere inviata dal Contraente dal proprio indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) **alla casella PEC del Distributore e di UniSalute**.
- **la funzione di recesso on line**, disponibile per tutto il periodo in cui può essere esercitato il diritto di recesso, sul sito www.unisalute.it ed in area riservata. A tal fine, il Contraente deve cliccare l'apposito comando "recesso polizza" e seguire le successive indicazioni fornite dal sistema, in particolare inserire gli elementi identificativi del contratto e l'indirizzo e-mail sul quale farsi recapitare l'avviso di ricevimento del recesso. Una volta compilata la dichiarazione di recesso, il Contraente conferma la volontà di recedere tramite la funzione "continua".

A seguito del recesso devono essere distrutti l'originale della documentazione assicurativa eventualmente ricevuta ed eventuali copie cartacee e digitali.
In conseguenza del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del premio pagato entro 30 giorni da quello in cui UniSalute e l'intermediario autorizzato (o la sola UniSalute) hanno ricevuto la comunicazione di recesso, al netto degli oneri fiscali che, per legge, restano a suo carico.
Ai sensi dell'art. 167-bis del Codice delle Assicurazioni Private, **il diritto di recesso non può essere esercitato, nel termine previsto dall'art. 59-octies del Codice del Consumo (cioè, 14 giorni dalla conclusione del contratto a distanza), se nel predetto termine di 14 giorni risulta presente un sinistro in qualsiasi stato (aperto, in valutazione, integra documenti, in pagamento, pagato) associato alla polizza.**

Ed. 19/06/2026

REGOLAMENTO IVASS N. 40 del 2 agosto 2018

Art. 73 (Informazioni precontrattuali in caso di promozione e collocamento a distanza)

1. Al primo contatto e, in ogni caso, prima della sottoscrizione di una proposta o, qualora non prevista, della conclusione di un contratto di assicurazione a distanza, i distributori forniscono al contraente le informazioni di cui all'articolo 121, comma 1, del Codice, ivi incluse quelle sul diritto di recesso ai sensi dell'articolo 67-duodecies del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206, e comunicano altresì allo stesso:
   a) il diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale secondo quanto previsto dall'articolo 120-quater del Codice e di poter modificare la modalità di comunicazione prescelta;
   b) la circostanza che richiederanno al contraente la ritrasmissione della polizza da questo sottoscritta, anche attraverso un qualsiasi mezzo telematico o informatico, qualora i distributori intendano conservarne traccia documentale. La polizza può essere formata come documento informatico nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia.

   Le informazioni sono rese in modo chiaro e comprensibile in conformità a quanto previsto dall'articolo 121, comma 3, del Codice. Si applica l'articolo 56, comma 1.
2. I distributori predispongono gli strumenti per consentire al contraente di effettuare la scelta di cui al comma 1, lettera a), e adottano procedure per mantenere evidenza della scelta effettuata dal contraente e della trasmissione o ricezione della documentazione.
3. Nei termini di cui al comma 1 e secondo le modalità prescelte dal contraente, i distributori trasmettono la documentazione di cui all'articolo 56, comma 4, o 68 ter, comma 1.
4. Nel caso di collocamento a distanza mediante telefonia vocale, i distributori assolvono agli obblighi di informativa precontrattuale e di trasmissione della relativa documentazione nei termini di cui all'articolo 121, comma 2, del Codice.
5. I distributori conservano, ai sensi dell'articolo 67, la documentazione atta a comprovare l'adempimento degli obblighi di trasmissione previsti dai commi precedenti.

Art. 75 (Trasmissione della documentazione)

1. I distributori trasmettono al contraente:
   a) entro cinque giorni dalla conclusione del contratto, la polizza, salvo che la stessa sia stata formata come documento informatico nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia;
   b) in corso di contratto, le comunicazioni previste dalla normativa vigente.
2. Nel caso di stipulazione di contratti di assicurazione obbligatoria della responsabilità civile derivante dalla circolazione dei veicoli a motore, la trasmissione del certificato di assicurazione avviene su supporto cartaceo tramite posta o, ove il contraente abbia manifestato il consenso a ricevere la documentazione su supporto durevole, anche tramite posta elettronica, nei termini di cui all'articolo 11 del Regolamento ISVAP n. 13 del 6 febbraio 2008. La trasmissione della carta verde avviene su supporto cartaceo.

Art. 76 (Utilizzo di call center)

1. Le imprese di assicurazione e gli intermediari iscritti nelle sezioni A, B, D e F del Registro possono avvalersi di call center per la promozione e il collocamento di contratti di assicurazione a distanza a condizione che:
   a) l'impresa si avvalga di addetti del call center che siano suoi dipendenti oppure di soggetti per i quali abbia assunto la piena responsabilità del relativo operato. In tale ultimo caso, l'impresa individua un proprio dipendente quale incaricato del coordinamento e del controllo dell'attività svolta dal call center;
   b) l'intermediario assuma la piena responsabilità dell'operato degli addetti e individui, per ogni sede del call center, un collaboratore iscritto nella sezione E del Registro, incaricato del coordinamento e del controllo della relativa attività.
2. Le imprese e gli intermediari di cui al comma 1 assicurano che gli addetti del call center:
   a) siano in possesso di adeguate competenze professionali e di una appropriata conoscenza delle caratteristiche dei contratti e dei servizi offerti, secondo quanto disposto dalla Parte IV;
   b) forniscano al primo contatto il proprio codice identificativo o le proprie generalità, la denominazione dell'impresa di assicurazione e, in caso di call center dell'intermediario, anche il nominativo di quest'ultimo;
   c) forniscano risposte uniformi tra loro e conformi alle condizioni contrattuali.
3. Le imprese e gli intermediari di cui al comma 1 garantiscono, inoltre, che il contraente:
   a) possa, a richiesta, essere messo in contatto con l'incaricato del coordinamento e del controllo del call center;
   b) riceva le informazioni in lingua italiana e in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile.

CODICE DELLE ASSICURAZIONI PRIVATE (Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209)

Art. 120-quater. (Modalità dell'informazione)

1. Tutte le informazioni di cui agli articoli 119-ter, 120, 120-bis, 120-ter, 121-sexies, 185, 185-bis e 185-ter sono comunicate ai contraenti:
   a) su supporto cartaceo;
   b) in modo corretto, esauriente e facilmente comprensibile;
   c) in lingua italiana o in altra lingua concordata dalle parti;
   d) a titolo gratuito.
2. In deroga a quanto previsto dal comma 1, lettera a), le informazioni di cui al comma 1 possono essere fornite al contraente con uno dei seguenti mezzi:

a) un supporto durevole non cartaceo, laddove siano soddisfatte le condizioni di cui al comma 4;
b) un sito Internet, laddove siano soddisfatte le condizioni di cui al comma 5.

3. Se le informazioni di cui al comma 1 sono fornite per mezzo di un supporto durevole non cartaceo o tramite un sito Internet, al cliente viene gratuitamente fornita, su richiesta, una copia in formato cartaceo.
4. Le informazioni di cui al comma 1 possono essere fornite tramite un supporto durevole non cartaceo laddove siano soddisfatte le seguenti condizioni:
   a) l'utilizzo di un supporto durevole è appropriato rispetto alle modalità di distribuzione del prodotto assicurativo; e
   b) il contraente, potendo scegliere tra le informazioni in formato cartaceo e su supporto durevole, ha scelto quest'ultimo.
5. Le informazioni di cui al comma 1 possono essere fornite tramite sito Internet se sono indirizzate direttamente al contraente o se sussistono i seguenti requisiti:
   a) la fornitura delle informazioni è appropriata rispetto alle modalità di distribuzione del prodotto assicurativo;
   b) il contraente ha acconsentito alla fornitura delle informazioni tramite sito Internet;
   c) il contraente è stato informato mediante comunicazione telematica dell'indirizzo del sito Internet e del punto del sito Internet in cui possono essere reperite le informazioni;
   d) è garantito che le informazioni rimangano accessibili sul sito Internet per tutta la durata del contratto.
6. Ai fini dei commi 4 e 5, la fornitura di informazioni tramite un supporto durevole non cartaceo o per mezzo di un sito Internet è ritenuta appropriata rispetto alle modalità di distribuzione del prodotto assicurativo se il contraente ha regolarmente accesso ad Internet, ossia nel caso in cui fornisca un indirizzo di posta elettronica ai fini della distribuzione del prodotto.
7. L'IVASS, con regolamento, disciplina la struttura del documento, da consegnare ai contraenti, che deve essere presentato e strutturato in modo tale da essere chiaro e di facile lettura e con caratteri di dimensione leggibile.

Art. 121. (Informazione precontrattuale in caso di vendita a distanza)

1. Fatto salvo quanto previsto dagli articoli 185, 185 bis e 185 ter, in caso di vendita a distanza, il distributore rende note al contraente almeno le seguenti informazioni preliminari:
   a) l'identità del distributore e il fine della chiamata;
   b) l'identità della persona in contatto con il contraente ed il suo rapporto con il distributore assicurativo;
   c) una descrizione delle principali caratteristiche del servizio o prodotto offerto;
   d) il prezzo totale, comprese le imposte, che il contraente dovrà corrispondere;
   e) l'informativa relativa al compenso ricevuto in relazione al contratto distribuito, secondo quanto previsto dall'articolo 120 bis;
   f) le ulteriori informazioni di cui agli articoli 59 quater, 59-quinquies e 59-septies del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206.
2. In ogni caso l'informazione è fornita al contraente prima della conclusione del contratto di assicurazione. La stessa può essere fornita verbalmente solo a su espressa richiesta del contraente o qualora sia necessaria una copertura immediata del rischio. In caso di collocamento di un contratto a distanza mediante telefonia vocale, se il contraente lo richiede espressamente, gli obblighi di trasmissione della documentazione sono adempiuti, subito dopo la conclusione del contratto a distanza e comunque non oltre i cinque giorni successivi; in mancanza della predetta richiesta gli obblighi di trasmissione della documentazione sono adempiuti prima della conclusione del contratto di assicurazione. Anche se il contraente ha scelto di ottenere precedentemente le informazioni tramite un supporto durevole non cartaceo in conformità a quanto previsto dall'articolo 120 quater, comma 4, l'informazione è fornita al contraente dal distributore di prodotti assicurativi a norma dell'articolo 120 quater, commi 1 e 2, subito dopo la conclusione del contratto di assicurazione.
3. L'IVASS, con regolamento, disciplina la promozione e il collocamento di contratti di assicurazione a distanza, anche per via telefonica, e determina le informazioni sul distributore e sulle caratteristiche del contratto, che sono comunicate al contraente in modo chiaro e comprensibile nel rispetto di quanto previsto ai commi 1 e 2, in conformità alle disposizioni dell'unione europea direttamente applicabili e nel rispetto del Codice del Consumo di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206.

Art. 167-bis. (Diritto di recesso in caso di vendita a distanza)

1. Il diritto di recesso dai contratti di assicurazione conclusi a distanza non può essere esercitato se:
   a) il contraente richiede all'impresa di assicurazione o all'intermediario assicurativo, come definito dall'articolo 1, comma 1, lettere cc-quinquies) e cc-septies), la liquidazione dell'indennizzo o delle somme assicurate, entro il termine previsto dall'articolo 59-octies, comma 1, del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206;
   b) il sinistro si verifica entro il termine previsto dall'articolo 59-octies, comma 1, del codice del consumo di cui al decreto legislativo n. 206 del 2005, in caso di polizza obbligatoria.
2. L'impresa di assicurazione informa il contraente che non può esercitare il diritto di recesso se richiede esplicitamente l'esecuzione del contratto, entro il termine di cui all'articolo 59-octies, comma 1, del codice del consumo, di cui al decreto legislativo n. 206 del 2005.

CODICE DEL CONSUMO (Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206)

Art. 54-bis (Esercizio del diritto di recesso dai contratti a distanza conclusi mediante un'interfaccia online)

1. Per i contratti a distanza conclusi mediante un'interfaccia online, il professionista consente al consumatore di recedere dal contratto anche utilizzando una funzione di recesso.
2. La funzione di recesso consente al consumatore di inviare una dichiarazione di recesso online che informa il professionista della sua decisione di recedere dal contratto. Tale dichiarazione di recesso online consente al consumatore di fornire o confermare facilmente le seguenti informazioni:
   a) il suo nome;
   b) le informazioni che identificano il contratto dal quale intende recedere;

c) le informazioni relative al mezzo elettronico tramite il quale la conferma del recesso sarà inviata al consumatore.

3. La funzione di recesso è indicata in modo facilmente leggibile con le parole: "recedere dal contratto qui" o con un'altra formulazione equivalente altrettanto inequivocabile. Tale funzione è resa disponibile in maniera continuativa per tutto il periodo in cui può essere esercitato il diritto di recesso, figura in modo ben visibile sull'interfaccia online ed è facilmente accessibile al consumatore.
4. Una volta che il consumatore ha compilato la dichiarazione di recesso online a norma del comma 2, il professionista gli consente di presentarla mediante una funzione di conferma.
5. La funzione di conferma è indicata in modo facilmente leggibile con le parole: "conferma recesso" o con un'altra formulazione altrettanto inequivocabile.
6. Una volta che il consumatore ha attivato la funzione di conferma, il professionista invia al consumatore, senza indebito ritardo, un avviso di ricevimento del recesso su un supporto durevole, comprensivo del suo contenuto e della data e dell'ora della sua trasmissione.
7. Il diritto di recesso si considera esercitato dal consumatore entro il termine di recesso previsto se la dichiarazione di recesso online è trasmessa dallo stesso consumatore prima della scadenza del termine di recesso.

Art. 59-quater. (Obblighi di informazione concernenti i contratti a distanza per i servizi finanziari ai consumatori)

1. Nella fase delle trattative, e comunque in tempo utile prima che il consumatore sia vincolato da un contratto a distanza o da una corrispondente offerta, il professionista fornisce al consumatore le seguenti informazioni, in maniera chiara e comprensibile:
   a) l'identità e l'attività principale del professionista e, se applicabile, l'identità e l'attività principale del professionista per conto del quale agisce;
   b) l'indirizzo geografico in cui il professionista è stabilito, il proprio numero di telefono e il proprio indirizzo di posta elettronica o informazioni relative a qualsiasi altro mezzo di comunicazione offerto dal professionista e, se del caso, quelli del professionista per conto del quale agisce. I suddetti mezzi di comunicazione offerti dal professionista consentono al consumatore di contattare rapidamente il professionista e di intrattenere con quest'ultimo una corrispondenza scritta su un supporto durevole;
   c) le pertinenti informazioni di contatto che consentono al consumatore di indirizzare eventuali reclami al professionista e, se del caso, al professionista per conto del quale agisce;
   d) se il professionista è iscritto in un registro commerciale o in un pubblico registro analogo, il registro in cui il professionista è iscritto e il numero di registrazione o un elemento equivalente per identificarlo nel registro;
   e) se l'attività del professionista è soggetta ad autorizzazione, il nome, l'indirizzo, il sito web ed eventuali altre informazioni di contatto dell'autorità di controllo competente;
   f) una descrizione delle principali caratteristiche del servizio finanziario;
   g) il prezzo totale che il consumatore dovrà corrispondere al professionista per il servizio finanziario, compresi tutti i relativi oneri, commissioni e spese e tutte le imposte versate tramite il professionista o, se non è possibile indicare il prezzo esatto, la base di calcolo del prezzo, che consente al consumatore di verificare quest'ultimo;
   h) se applicabile, le informazioni sulle conseguenze dei ritardi nei pagamenti o dei mancati pagamenti;
   i) se applicabile, il fatto che il prezzo è stato personalizzato sulla base di un processo decisionale automatizzato;
   l) se applicabile, un avviso indicante che il servizio finanziario è in rapporto con strumenti che implicano particolari rischi dovuti a loro specifiche caratteristiche o alle operazioni da effettuare o il cui prezzo dipende dalle fluttuazioni dei mercati finanziari su cui il professionista non esercita alcun controllo e un avviso indicante che i risultati ottenuti in passato non costituiscono elementi indicativi riguardo ai risultati futuri;
   m) l'indicazione dell'eventuale esistenza di altre imposte e/o di costi non versati tramite il professionista o non imposti da quest'ultimo;
   n) qualsiasi limite del periodo durante il quale sono valide le informazioni fornite conformemente al presente comma;
   o) le modalità di pagamento e di esecuzione;
   p) qualsiasi costo specifico aggiuntivo per il consumatore relativo all'utilizzazione del mezzo di comunicazione a distanza, se addebitato;
   q) se fattori ambientali o sociali sono integrati nella strategia di investimento del servizio finanziario, gli eventuali obiettivi ambientali o sociali perseguiti dal servizio finanziario stesso;
   r) l'esistenza o la mancanza del diritto di recesso e, se tale diritto esiste, la sua durata e le condizioni per esercitarlo, comprese le informazioni relative all'importo che il consumatore può essere tenuto a versare e alle conseguenze derivanti dal mancato esercizio del suddetto diritto;
   s) la durata minima del contratto a distanza, in caso di prestazione permanente o periodica di servizi finanziari;
   t) eventuali diritti delle parti, secondo i termini del contratto a distanza, di risolvere lo stesso prima della sua scadenza ovvero recedere, comprese le penali eventualmente stabilite dal contratto in tali casi;
   u) istruzioni pratiche e procedure per l'esercizio del diritto di recesso conformemente all'articolo 59-octies, commi 1, 2 e 4 comprendenti, tra l'altro, il proprio numero di telefono e il proprio indirizzo di posta elettronica o informazioni relative ad altri mezzi di comunicazione rilevanti ai fini dell'invio della dichiarazione di recesso e, per i contratti di servizi finanziari conclusi mediante un'interfaccia online, informazioni circa l'esistenza e la collocazione della funzione di recesso di cui all'articolo 54-bis;
   v) qualsiasi clausola contrattuale che stabilisce la legislazione applicabile al contratto a distanza e/o il foro competente;
   z) la lingua o le lingue in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari di cui al presente articolo, nonché la lingua o le lingue in cui il professionista, con l'accordo del consumatore, s'impegna a comunicare per la durata del contratto a distanza;
   aa) se applicabile, la possibilità di avvalersi di un meccanismo extragiudiziale di reclamo e di ricorso cui sia assoggettato il professionista e le relative modalità di accesso;

bb) l'esistenza di fondi di garanzia o di altri dispositivi di indennizzo.

2. Se le informazioni di cui al comma 1 sono fornite meno di un giorno prima che il consumatore sia vincolato dal contratto a distanza, il professionista invia al consumatore un promemoria sulla possibilità di recedere dal contratto a distanza e sulla procedura da seguire per il recesso, conformemente all'articolo 59-octies. Tale promemoria è fornito al consumatore, su un supporto durevole, tra uno e sette giorni dopo la conclusione del contratto a distanza.
3. Le informazioni di cui al comma 1 sono fornite al consumatore su un supporto durevole e sono di facile lettura. Su richiesta, le informazioni di cui al comma 1 sono fornite ai consumatori con disabilità, compresi quelli con disabilità visive, in un formato adeguato e accessibile.
4. Fatta eccezione per le informazioni di cui al comma 1, lettere a), f), g), m) e r), il professionista può stratificare le informazioni fornite per via elettronica. Se le informazioni sono stratificate, è sempre possibile visualizzare, salvare e stampare le informazioni di cui al comma 1 come un unico documento. In tali casi, il professionista garantisce che al consumatore siano presentate tutte le informazioni precontrattuali di cui al comma 1 prima della conclusione del contratto a distanza.

Art. 59-quinquies (Comunicazioni mediante telefonia vocale)

1. In caso di comunicazioni mediante telefonia vocale, l'identità del professionista e lo scopo commerciale della chiamata avviata dallo stesso professionista sono dichiarati in modo inequivocabile all'inizio di qualsiasi chiamata telefonica con il consumatore. Se tale chiamata telefonica è o può essere registrata, il professionista ne informa il consumatore.
2. In deroga all'articolo 59-quater, comma 1, in caso di comunicazioni mediante telefonia vocale di cui al comma 1, se il consumatore accetta esplicitamente, il professionista può fornire solo le informazioni di cui all'articolo 59-quater, comma 1, lettere a), f), g), m) e r), prima che il consumatore sia vincolato dal contratto a distanza. In tal caso il professionista informa il consumatore della natura e della disponibilità delle altre informazioni di cui all'articolo 59-quater, comma 1. Il professionista fornisce le altre informazioni di cui all'articolo 59-quater, comma 1, su un supporto durevole immediatamente dopo la conclusione del contratto a distanza.

Art. 59-sexies (Onere della prova)

1. L'onere della prova relativo all'adempimento degli obblighi di informazione di cui agli articoli 59-quater e 59-quinquies, nonché di quelli di cui all'articolo 59-septies ove applicabili, incombe sul professionista.

Art. 59-septies (Altre disposizioni in materia di informazioni precontrattuali)

1. Oltre alle informazioni di cui agli articoli 59-quater e 59-quinquies, sono applicabili le disposizioni più rigorose previste dalla normativa di settore che disciplina l'offerta del servizio o del prodotto interessato.
2. Se un atto dell'Unione europea diverso dalla direttiva (UE) 2023/2673 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 novembre 2023, recante la disciplina di specifici servizi finanziari, contiene norme sulle informazioni da fornire al consumatore prima della conclusione del contratto, a detti specifici servizi finanziari, si applicano soltanto le norme di tale atto dell'Unione europea, indipendentemente dal livello di dettaglio di tali norme, salvo che sia diversamente disposto in tale atto dell'Unione europea. Se tale atto dell'Unione europea diverso dalla citata direttiva non contiene norme sulle informazioni relative al diritto di recesso, il professionista informa il consumatore dell'esistenza o della mancanza di tale diritto conformemente all'articolo 59-quater, comma 1, lettera r).

Art. 59-octies (Diritto di recesso da contratti a distanza per servizi finanziari)

1. Il consumatore dispone di un termine di quattordici giorni di calendario per recedere dal contratto senza penali e senza dover indicare il motivo. Il predetto termine è esteso a trenta giorni di calendario per i contratti a distanza aventi per oggetto le forme pensionistiche complementari individuali di cui all'articolo 13 del decreto legislativo 5 dicembre 2005, n. 252, incluse le assicurazioni sulla vita.
2. Il termine durante il quale può essere esercitato il diritto di recesso decorre, alternativamente:
   a) dalla data della conclusione del contratto a distanza;
   b) dalla data in cui il consumatore riceve le condizioni contrattuali e le informazioni conformemente agli articoli 59-quater, 59-quinquies e 59-septies, se tale giorno è successivo a quello di conclusione del contratto.
3. L'efficacia dei contratti relativi ai servizi di investimento è sospesa durante la decorrenza del termine previsto per l'esercizio del diritto di recesso.
4. Se il consumatore non ha ricevuto le condizioni contrattuali e le informazioni di cui agli articoli 59-quater, 59-quinquies e 59-septies, il termine di recesso scade in ogni caso dopo dodici mesi e quattordici giorni dalla conclusione del contratto a distanza. Questa disposizione non si applica se il consumatore non è stato informato del suo diritto di recesso conformemente all'articolo 59-quater, comma 1, lettera r).
5. Il diritto di recesso non si applica:
   a) ai servizi finanziari ai consumatori, diversi dal servizio di gestione su base individuale di portafogli di investimento se gli investimenti non sono stati già avviati, il cui prezzo dipende da fluttuazioni del mercato finanziario che il professionista non è in grado di controllare e che possono aver luogo durante il periodo di recesso, quali ad esempio i servizi riguardanti:
      1) operazioni di cambio;
      2) strumenti del mercato monetario;
      3) valori mobiliari;
      4) quote di un organismo di investimento collettivo;
      5) contratti a termine fermo (futures) su strumenti finanziari, compresi gli strumenti equivalenti che si regolano in contanti;
      6) contratti a termine su tassi di interesse (FRA);

7) contratti swaps su tassi d'interesse, su valute o contratti di scambio connessi ad azioni o a indici azionari (equity swaps);
8) opzioni per acquistare o vendere qualsiasi strumento previsto dalla presente lettera, compresi gli strumenti equivalenti che si regolano in contanti. Sono comprese in particolare in questa categoria le opzioni su valute e su tassi d'interesse;

b) alle polizze di assicurazione viaggio e bagagli o alle analoghe polizze assicurative a breve termine di durata inferiore a un mese;
c) ai contratti interamente eseguiti da entrambe le parti su esplicita richiesta scritta del consumatore prima che quest'ultimo eserciti il suo diritto di recesso.

6. Il diritto di recesso si considera esercitato dal consumatore entro il termine di recesso previsto dai commi 1, 2, 3, 4 e 5 se la dichiarazione di recesso è trasmessa dallo stesso consumatore prima della scadenza del termine di recesso.
7. Se un servizio accessorio relativo al contratto di servizi finanziari a distanza è prestato dal professionista o da un terzo sulla base di un accordo tra il medesimo soggetto terzo e il professionista, il consumatore non è vincolato dal contratto accessorio se esercita il suo diritto di recesso a norma del presente articolo. Se il consumatore sceglie di risolvere il contratto accessorio, ovvero di recedere dal contratto accessorio, non gli è addebitato alcun costo.
8. Rimangono impregiudicate le disposizioni nazionali che stabiliscono il periodo di tempo durante il quale l'esecuzione del contratto non può avere inizio.
9. Se un atto dell'Unione europea diverso dalla direttiva (UE) 2023/2673 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 22 novembre 2023, recante la disciplina di specifici servizi finanziari, contiene norme sul diritto di recesso, a detti specifici servizi finanziari si applicano soltanto le norme sul diritto di recesso di tale atto dell'Unione europea, salvo che sia diversamente disposto in tale atto dell'Unione europea. Se tale atto dell'Unione europea conferisce agli Stati membri il diritto di scegliere tra il diritto di recesso e un'alternativa, come un periodo di riflessione, solo le corrispondenti norme di tale atto dell'Unione europea si applicano a tali servizi finanziari specifici, salvo che sia diversamente disposto in tale atto dell'Unione europea.

Art. 59-novies (Pagamento del servizio prestato prima del recesso)

1. Il consumatore che esercita il diritto di recesso previsto dall'articolo 59-octies può essere tenuto a pagare solo l'importo del servizio finanziario effettivamente prestato dal professionista conformemente al contratto a distanza. Il consumatore paga senza indebito ritardo tale servizio. L'importo non può:
   a) eccedere un importo proporzionale all'importanza del servizio già prestato in rapporto a tutte le prestazioni previste dal contratto a distanza;
   b) essere tale da poter costituire una penale.
2. Il consumatore non è tenuto a pagare alcun importo se recede da un contratto di assicurazione.
3. Il professionista non può esigere dal consumatore il pagamento di un importo in base al comma 1 se non è in grado di provare che il consumatore è stato debitamente informato dell'importo dovuto, in conformità all'articolo 59-quater, comma l, lettera r). Egli non può, comunque, esigere tale pagamento se ha dato inizio all'esecuzione del contratto prima della scadenza del termine di esercizio del diritto di recesso di cui all'articolo 59-octies, comma 1, senza che vi fosse una preventiva richiesta del consumatore.
4. Il professionista è tenuto a rimborsare al consumatore, quanto prima e non oltre trenta giorni di calendario dalla data in cui il professionista riceve la comunicazione di recesso, tutti gli importi da questo versatigli in conformità del contratto a distanza, ad eccezione dell'importo di cui al comma 1.
5. Il consumatore restituisce al professionista, quanto prima e non oltre trenta giorni di calendario dalla data in cui recede dal contratto, qualsiasi importo abbia ricevuto dal professionista.

UniSalute

SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

UniSalute S.p.A. - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - www.unisalute.it