la tua protezione

UnipolSai SALUTE

SPESE MEDICHE

Contratto di Assicurazione Spese Sanitarie.
Modello 1262 – Ed. 01.04.2014

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

a) Nota Informativa comprensiva del glossario
b) Condizioni di assicurazione
c) Informativa privacy

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai ASSICURAZIONI

Divisione Unipol

Unipol GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai SALUTE SPESE MEDICHE

Ed. 01.04.2014

1 NOTA INFORMATIVA

	PAGINA
A • INFORMAZIONE SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 15
1 - Informazioni generali	2 di 15
2 - Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 15
B • INFORMAZIONE SUL CONTRATTO	3 di 15
3 - Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni	3 di 15
4 - Periodi di carenza contrattuali	7 di 15
5 - Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario	7 di 15
6 - Aggravamento o diminuzione del rischio e variazione nella professione	7 di 15
7 - Premi	8 di 15
8 - Adeguamento del premio e delle somme assicurate	8 di 15
9 - Diritto di recesso	8 di 15
10 - Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	9 di 15
11 - Legislazione applicabile	9 di 15
12 - Regime fiscale	9 di 15
C • INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	9 di 15
13 - Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo	9 di 15
14 - Reclami	11 di 15
15 - Arbitrato irrituale	12 di 15
GLOSSARIO	13 di 15

2 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

	PAGINA
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	2 di 30
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	6 di 30
NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI	11 di 30
3 - Sezione Spese Sanitarie	11 di 30
4 - Sezione Assistenza	22 di 30
5 - Esclusioni e limiti contrattuali operanti per tutte le sezioni	24 di 30
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	27 di 30
ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI	29 di 30

3 INFORMATIVA PRIVACY

	PAGINA
Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 3

1 NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA

Nota Informativa relativa al Contratto di Assicurazione Spese Sanitarie "UnipolSai SALUTE SPESE MEDICHE" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,
siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:
- la presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;
- il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonchè le informazioni qualificate come "***Avvertenze***" e sono stampate su fondo colorato, in questo modo evidenziate e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota Informativa si rinvia al link: http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.
UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo Informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.
Il Contraente provvederà a comunicare le modifiche segnalate agli eventuali altri assicurati ai quali sia stata estesa la copertura.
Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
b) Sede Legale in via Stalingrado n. 45 – 40128 Bologna (Italia).
c) Recapito telefonico 051-5077111 Telefax 051-375349, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica info-danni@unipolsai.it.
d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G. U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2012, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 1.627.332.680,00, con capitale sociale pari ad € 1.194.572.974,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 432.759.706,00. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto fra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 133,3%.

Si precisa che il contratto non prevede il tacito rinnovo e, pertanto, cessa alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta. Si rinvia all'Art. 1.11 "Durata dell'assicurazione" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.
Si precisa inoltre che la Società ha affidato la gestione, trattazione e la liquidazione dei sinistri ad "UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO".

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

L'assicurazione, operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, consente all'Assicurato di scegliere tra due diverse formule di copertura, alternative tra loro: "Formula Ricovero", più ampia e "Formula Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi" che consente di ottenere l'indennizzo delle spese mediche per alcune, più gravi, forme di ricovero, con o senza intervento chirurgico.

Solo per chi acquista la "Formula Ricovero" è prevista la possibilità di estendere ulteriormente la copertura alle prestazioni previste nel paragrafo "Garanzie Supplementari (Opzionali)".

Per usufruire delle prestazioni sanitarie, l'Assicurato può scegliere fra le seguenti modalità operative:

- ASSISTENZA DIRETTA: le prestazioni sanitarie vengono erogate attraverso la rete convenzionata che è un insieme di strutture sanitarie che UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato tramite la Centrale Operativa; in tal caso, UniSalute indennizza direttamente le strutture convenzionate;
- ASSISTENZA INDIRETTA: per le garanzie in cui è previsto (art. 3.2 "Ricovero"; 3.3 "Alta Specializzazione"; 3.4 "Cure Oncologiche"; 3.6 "Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso"; 3.7.3 "Ospedalizzazione Domiciliare"; punto 1 "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)"; punto 2 "Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi a seguito di Infortunio" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)" e punto 5 "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)", l'Assicurato può rivolgersi a strutture sanitarie non appartenenti alla rete convenzionata con UniSalute, oppure a strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale. In tal caso, l'indennizzo viene erogato nella forma del rimborso successivo all'Assicurato, con le limitazioni previste agli articoli sopra indicati.

Le coperture, offerte con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione, sono le seguenti:

GARANZIE BASE VALIDE PER LA FORMULA "RICOVERO"

Ricovero in Istituto di Cura

La Società, tramite UniSalute, indennizza, nei limiti del massimale assicurato e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione, le spese per Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso parto e aborto terapeutico), Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale. Sono comprese le spese sostenute durante il ricovero relative a esami ed accertamenti, onorari medici, assistenza infermieristica, vitto e pernottamento di un accompagnatore, trasporto sanitario e quelle sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il ricovero purché resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero stesso.
Si rinvia all'art. 3.2 "Ricovero" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Alta Specializzazione

La Società, tramite UniSalute, liquida, nei limiti del massimale assicurato e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione, le spese relative a prestazioni extraospedaliere, non connesse a ricovero ospedaliero, e conseguenti a malattia o infortunio. Si rinvia all'art. 3.3 "Alta Specializzazione" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Cure Oncologiche

La Società, tramite UniSalute, liquida, nei limiti del massimale assicurato e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione, le spese per terapie mediche (ovvero non chirurgiche) quali chemioterapia, cobaltoterapia e radioterapia. Sono inoltre comprese le visite specialistiche e gli accertamenti per la diagnosi e il monitoraggio delle stesse. La presente garanzia viene erogata sia in regime di Ricovero o Day-Hospital che in regime di Extraricovero. Si rinvia all'art. 3.4 "Cure Oncologiche" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

GARANZIE BASE VALIDE PER LA FORMULA "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI"

Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi

La Società, tramite UniSalute, indennizza, nei limiti del massimale assicurato e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione, le spese per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di un Grande Intervento Chirurgico o di un Grave Evento Morboso (intesi per tali quelli di cui all'allegato A di polizza "Elenco Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi"). Sono comprese le spese sostenute durante il ricovero relative a esami ed accertamenti, onorari medici, assistenza infermieristica, vitto e pernottamento di un accompagnatore, trasporto sanitario e quelle sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il ricovero purché resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero stesso.
Si rinvia all'art. 3.6 "Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

GARANZIE SEMPRE OPERANTI E VALIDE PER ENTRAMBE LE FORMULE "RICOVERO" E "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI"

Second Opinion

In presenza di una grave malattia accertata, l'Assicurato può richiedere ad UniSalute di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, concernenti una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche. Si rinvia agli artt. 2.8 "Second Opinion - Criteri di indennizzabilità" e 3.7.1 "Second Opinion" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio e per consultare l'elenco delle patologie per le quali è fornita la garanzia.

Sindrome Metabolica

La Società, tramite UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato un servizio che gli consente di verificare in via preventiva se sia affetto da "Sindrome Metabolica", come definita all'art. 3.7.2 "Sindrome Metabolica - Parametri di riferimento per la valutazione della sindrome metabolica", valutando, attraverso la compilazione di un questionario, se esistano eventuali fattori di rischio per la sua salute, soprattutto di natura cardiovascolare, correlati al suo stile di vita o a patologie preesistenti ad alto rischio cardiovascolare sottovalutate fino a quel momento. Qualora emerga l'esistenza di detti fattori di rischio l'Assicurato potrà effettuare, presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, in un'unica soluzione e una sola volta all'anno, degli specifici esami. UniSalute propone inoltre un programma di attività e dei suggerimenti che possono aiutare a limitare i fattori di rischio.

Si rinvia agli artt. 2.9 "Sindrome Metabolica - Criteri di indennizzabilità" e 3.7.2 "Sindrome Metabolica - Parametri di riferimento per la valutazione della sindrome metabolica" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Ospedalizzazione Domiciliare
A seguito di ricovero indennizzabile a termini di polizza, la Società, tramite UniSalute, indennizza, nei limiti del massimale assicurato e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione, le spese per servizi di Ospedalizzazione Domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica finalizzati al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato.
Si rinvia all'art. 3.7.3 "Ospedalizzazione Domiciliare" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Assistenza
La Società, tramite UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato, nei limiti previsti per le singole prestazioni, i servizi di Assistenza nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle condizioni di assicurazione.
Si rinvia alla "Sezione Assistenza" per gli aspetti di dettaglio.

GARANZIE SUPPLEMENTARI OPZIONALI E ACQUISTABILI COME PACCHETTO UNICO ECLUSIVAMENTE DAI SOTTOSCRITTORI DELLA FORMULA "RICOVERO"

Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici
La Società, tramite UniSalute, indennizza, nei limiti del massimale assicurato e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione, le spese relative a visite specialistiche e accertamenti diagnostici, non connesse a ricovero ospedaliero, e conseguenti a malattia o infortunio, con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Per l'attivazione della garanzia occorre una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Si rinvia al punto 1 "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
La Società, tramite UniSalute, indennizza, nei limiti del massimale assicurato e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione, le spese relative a trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di pronto soccorso, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente all'infortunio denunciato e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.
Si rinvia al punto 2 "Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi a seguito di Infortunio" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Prevenzione
La Società, tramite UniSalute, liquida le spese per particolari esami diagnostici da effettuarsi una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, sono nate per appurare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorché non ancora conclamati e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla polizza. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.
Si rinvia al punto 3 "Prevenzione" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Prevenzione Odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel piano di cura

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale all'anno in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per appurare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla polizza. Inoltre, su richiesta dell'Assicurato, provvede all'invio alla struttura sanitaria, prescelta tra quelle facenti parte delle convenzionate, di un'autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe convenzionate per effettuare le prestazioni odontoiatriche previste nel piano di cura ma non in copertura nel piano sanitario, con un risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si rinvia al punto 4 "Prevenzione Odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel piano di cura" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero

La Società, tramite UniSalute, indennizza, nei limiti del massimale assicurato e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie indicati nelle condizioni di assicurazione, le spese per gli interventi chirurgici odontoiatrici indicati al punto 5 "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie. Si rinvia a quest'ultimo articolo per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia agli artt. 1.3 "Pagamento del premio e perfezionamento del contratto" delle Condizioni di Assicurazione, nonché 5.1 "Rischi esclusi", 5.2 "Persone non assicurabili" e 5.3 "Limiti di età" delle Norme che regolano la Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifici scoperti, franchigie, massimali, limitazioni temporali e di parametri, per il dettaglio dei quali si rinvia, oltre che alla Scheda di Polizza, agli artt. 3.2 "Ricovero", 3.3 "Alta Specializzazione", 3.4 "Cure Oncologiche", 3.6 "Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso", 3.7.1 "Second Opinion", 3.7.2 "Sindrome Metabolica", 3.7.3 "Ospedalizzazione Domiciliare", 4 "Sezione Assistenza", nonché - se operanti - all'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)" punti 1 "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici", 2 "Trattamenti fisioterapici e riabilitativi a seguito di infortunio", 3 "Prevenzione", 4 "Prevenzione Odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel piano di cura" e 5 "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero". Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente/Assicurato, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto con minimo e massimo:

1° esempio

Somma assicurata: € 100.000,00
Richiesta di rimborso: € 4.000,00
Scoperto: 20% con il minimo di € 1.000,00 e massimo di € 10.000,00
Indennizzo: € 4.000,00 - € 1.000,00 = € 3.000,00 (perché lo scoperto del 20% del danno, pari a € 800,00, è inferiore al minimo non indennizzabile).

2° esempio

Somma assicurata: € 100.000,00
Richiesta di rimborso: € 60.000,00
Scoperto: 20% con il minimo di € 1.000,00 e massimo di € 10.000,00
Indennizzo: € 60.000,00 - € 10.000,00 = € 50.000,00 (perché il massimo non indenniz-

zabile di € 10.000,00 è minore dello scoperto del 20%).

Meccanismo di funzionamento della franchigia:
1° esempio
Somma assicurata: € 1.500,00
Richiesta di rimborso: € 100,00
Franchigia: € 60,00
Indennizzo: € 100,00 - € 60,00 = € 40,00
2° esempio
Somma assicurata: € 1.500,00
Richiesta di rimborso: € 50,00
Franchigia: € 60,00
Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:
1° esempio
Somma assicurata: € 1.500,00
Richiesta di rimborso: € 500,00
Scoperto: 20% con il minimo di € 60,00
Indennizzo: € 500,00 - 20% = € 400,00 (perché lo scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).
2° esempio
Somma assicurata: € 1.500,00
Richiesta di rimborso: € 100,00
Scoperto: 20% con il minimo di € 60,00
Indennizzo: € 100,00 - € 60,00 = € 40,00 (perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

Meccanismo di funzionamento del massimale:
Somma assicurata: € 1.500,00
Richiesta di rimborso: € 4.000,00
Indennizzo: € 1.500,00.

Avvertenza: il presente contratto può essere stipulato solo fino al compimento del settantaquattresimo anno e rinnovato solo fino al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato.
Si rinvia all'art. 5.3 "Limiti di età" delle "Esclusioni e limiti contrattuali" operanti per tutte le Sezioni.

4. Periodi di carenza contrattuali
Avvertenza: la copertura assicurativa è prestata con i termini di carenza indicati all'articolo 1.4 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa" delle "Norme che regolano il contratto in generale". Si rimanda al suddetto articolo per gli aspetti di dettaglio.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario
Avvertenza: le eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sul diritto all'indennizzo. Si rinvia all'articolo 1.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società presta la copertura sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario sanitario, che deve essere compilato in maniera precisa e veritiera e formerà parte integrante del contratto.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione
Avvertenza: il premio viene determinato in funzione dell'età dell'Assicurato e della provincia in cui egli risiede. La variazione della provincia di residenza può incidere sulla valutazione del rischio e pertanto il Contraente è tenuto a darne comunicazione alla Società. Il diritto all'indennizzo viene riconosciuto indipendentemente dall'eventuale variazione nella professione del Contraente/Assicurato. Si rinvia all'articolo 1.6 "Aggravamento/diminuzione del rischio" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

1° esempio di aggravamento del rischio
Al momento della conclusione del contratto l'Assicurato risiede in una provincia che comporta l'applicazione di un determinato premio. Successivamente alla stipula del

contratto l'Assicurato modifica la provincia di residenza trasferendosi in una zona in cui è previsto un premio più alto. Se l'Assicurato non comunica alla Società questa modifica, in caso di sinistro la stessa potrà ridurre l'indennizzo in proporzione al maggior premio che avrebbe avuto il diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza. Si rinvia all'articolo 1.6 "Aggravamento/diminuzione del rischio" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

2° esempio di diminuzione del rischio
Al momento della conclusione del contratto l'Assicurato risiede in una provincia che comporta l'applicazione di un determinato premio. Successivamente alla stipula del contratto l'Assicurato modifica la provincia di residenza trasferendosi in una zona in cui è previsto il pagamento di un premio inferiore. Se l'Assicurato comunica questa modifica, la Società procederà, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione, ad una riduzione del premio data l'avvenuta diminuzione del rischio. Si rinvia all'articolo 1.6 "Aggravamento/diminuzione del rischio" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

7. Premi
Il premio deve essere pagato per intero ed in via anticipata ad ogni annualità assicurativa all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.
La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali anticipate, che comporterà tuttavia oneri aggiuntivi rispettivamente pari al 3%, al 4% e al 5% del premio della singola rata. Si rinvia all'articolo 1.3 "Pagamento del premio e perfezionamento del contratto" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.
È prevista l'applicazione di uno sconto sul premio di tariffa in relazione al numero dei componenti del nucleo familiare.

Avvertenza: la Società o l'Agente, in base a valutazioni tecnico-commerciali oppure a seguito di convenzioni specifiche, possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto.

Avvertenza: qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno di pagamento ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate
Il premio è soggetto ad adeguamento annuale. Le somme assicurate ed i massimali non sono soggetti ad alcun adeguamento e/o indicizzazione per tutta la durata contrattuale.
Si rinvia all'articolo 1.14 "Criteri per la determinazione del premio e suo adeguamento" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

9. Diritto di recesso
Avvertenza: il contratto di assicurazione non è soggetto al diritto di recesso salvo il diritto per la Società di recedere nel caso in cui l'Assicurato renda dichiarazioni inesatte o reticenti. Inoltre, qualora lo stesso preveda la durata poliennale, è facoltà del Contraente di recedere, ad ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di almeno 30 giorni.
Si rinvia all'articolo 1.9 "Recesso" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto
I diritti derivanti dal contratto assicurativo si prescrivono in 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952, comma 2, del Codice Civile).

11. Legislazione applicabile
Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale
Gli oneri fiscali e parafiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Il premio relativo alle garanzie previste dal contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:
a) Malattia e Infortuni: 2,5%;
b) Assistenza: 10%.

C INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo
Avvertenza: si precisa che, in caso di Ricovero o Day-Hospital, il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di inizio del Ricovero o del Day-Hospital. Diversamente il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione sanitaria assicurata.

DENUNCIA DEL SINISTRO

Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati
In caso di sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute per prenotare la prestazione o il ricovero presso una struttura sanitaria convenzionata.
Per prestazioni non riguardanti un ricovero, l'Assicurato può effettuare la prenotazione attraverso la funzione on-line disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it, o in alternativa, contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde indicato nelle Condizioni di assicurazione.
In caso di ricovero è necessario contattare la Centrale Operativa di UniSalute, per prenotare direttamente il ricovero nella struttura sanitaria convenzionata più indicata per la specifica necessità.
All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica qualora richiesta.
Le prestazioni autorizzate da UniSalute saranno liquidate da quest'ultima direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie che rimangono a carico dell'Assicurato.
Qualora siano erogati servizi non previsti dal contratto e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.
Per le modalità e termini riferiti all'attivazione del servizio di denuncia del sinistro, si rimanda agli artt. 2.1 "Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato" e 2.2 "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute" della Sezione "Cosa fare in caso di sinistro".

Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuati da medici non convenzionati
Se l'Assicurato non si avvale in tutto o in parte di centri e medici convenzionati, deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata.
Per richiedere il rimborso di quanto speso,

l'Assicurato deve compilare e sottoscrivere il modulo di denuncia di sinistro/rimborso.
Tale modulo:

- è compilabile tramite l'apposita funzione disponibile nella sezione "Sinistri/rimborsi" – "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it;

o, in alternativa,

- è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della sezione "Modulistica" del sito www.unisalute.it .

Il modulo di denuncia di sinistro/rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta a UniSalute, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: **"UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO".**

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute" della Sezione "Cosa fare in caso di sinistro".

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato deve compilare e sottoscrivere il modulo di denuncia di sinistro/rimborso.
Tale modulo:

- è compilabile tramite l'apposita funzione disponibile nella sezione "Sinistri/rimborsi" - "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it;

o, in alternativa,

- è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della sezione "Modulistica" del sito www.unisalute.it .

Il modulo di denuncia di sinistro/rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta a UniSalute, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: **"UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO".**

In caso di ricovero a completo carico dell'SSN, l'Assicurato potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'indennità sostitutiva.
Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.4 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale" della Sezione "Cosa fare in caso di sinistro".

Sindrome Metabolica

L'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800.822469 e compilare lo specifico questionario disponibile sul sito all'indirizzo www.unisalute.it e successivamente confermare il suo invio. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.9 "Sindrome Metabolica - Criteri di indennizzabilità e Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" della Sezione "Cosa fare in caso di sinistro".

Second Opinion

L'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800.822469 e inviare la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico di UniSalute.
Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.8 "Second Opinion - Criteri di indennizzabilità e Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" della Sezione "Cosa fare in caso di sinistro".

Assistenza

Per usufruire delle prestazioni di assistenza, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde 800.212477, specificare la prestazione richiesta e fornire i dati relativi al luogo dell'eventuale intervento.
UniSalute ha la facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista. L'Assicurato si obbliga inoltre a fornire, su richiesta di

UniSalute, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.
La gestione dei sinistri relativi all'assistenza prestata all'estero è affidata ad IMA Servizi, Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI). Si rinvia alla Sezione Assistenza per gli aspetti di dettaglio.

Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: il contratto prevede la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di cliniche convenzionate con UniSalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. UniSalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle strutture sanitarie convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate. Quando il Contraente/Assicurato non si avvalga in tutto o in parte dei centri e medici convenzionati, il rimborso verrà effettuato secondo quanto previsto agli art. 3.2 "Ricovero"; 3.3 "Alta Specializzazione"; 3.4 "Cure Oncologiche"; 3.6 "Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso"; 3.7.3 "Ospedalizzazione Domiciliare"; punto 1 "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)"; punto 2 "Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi a seguito di Infortunio" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)" e punto 5 "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero" dell'art. 3.8 "Garanzie Supplementari (Opzionali)". Si rinvia altresì al sito internet della Società www.unipolsai.it per l'elenco aggiornato delle cliniche convenzionate.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. – Reclami Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea, 3/B – 20097 San Donato Milanese (MI)
Fax: 02.5181.5353
Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06 421331.
I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
c) breve descrizione del motivo di lamentela;
d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it .
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.
Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo:

- all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;
- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderen-

te allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

Nel caso in cui il Cliente e la Società concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

15. Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia all'articolo 2.5 "Arbitrato irrituale" delle "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri" per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto della Società e dell'Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

GLOSSARIO

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

- **Accertamento diagnostico**: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
- **Anno**: periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile.
- **Assicurato**: soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **Assicurazione**: il 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.
- **Assistenza Infermieristica**: l'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specializzazione.
- **Best Doctors**: la Società che coadiuva UniSalute nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia "Second opinion": Best Doctors, Calle Almagro 36, 28010 Madrid - Spagna.
- **Centrale Operativa/Struttura organizzativa**: è la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza.
  La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:
  - organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
  - fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.
- **Contraente**: il soggetto che stipula la polizza.
- **Day-Hospital**: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e 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 diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).
- **Fascicolo Informativo**: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.
- **Franchigia**: la parte del danno indennizzabile che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato espressa in importo fisso. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.
- **Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi**: interventi chirurgici e patologie riportati nell'Allegato A alle Condizioni di assicurazione.
- **IMA Servizi**: la Società a cui è affidata la gestione dei sinistri di assistenza all'estero: IMA Assistance, Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI).
- **Indennità sostitutiva**: l'importo giornaliero erogato in caso di ricovero corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.
- **Indennizzo**: la somma dovuta dalla Società, tramite Unisalute, all'Assicurato o ai suoi beneficiari in caso di sinistro.
- **Infortunio**: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

- **Intervento chirurgico**: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.
- **Intervento chirurgico ambulatoriale**: prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
- **Istituto di Cura**: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- **IVASS**: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.
- **Lettera di Impegno**: documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a suo carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.
- **Libera professione intramuraria**: l'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di équipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.
- **Malattia**: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.
- **Malattia Oncologica**: ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive. Sono esclusi il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito) e i basaliomi.
- **Malformazione**: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
- **Massimale**: l'importo che rappresenta la spesa massima che, nel corso dello stesso anno assicurativo, la Società, tramite UniSalute, si impegna a prestare per ciascuna persona o nucleo familiare, secondo l'opzione prescelta, per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
- **Nucleo familiare**: il coniuge e i figli del Contraente/Assicurato anche non risultanti dallo stato di famiglia, il convivente more uxorio e il convivente di fatto indicati in polizza.
- **Periodo assicurativo - Annualità assicurativa**: in caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 dalla data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.
- **Piano di cura**: (definizione relativa alla garanzia "Prevenzione odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel piano di cura"): documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare.
- **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione.
- **Premio**: la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo per l'assicurazione.
- **Questionario Sanitario**: documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o, in caso di minore, da chi ne esercita la potestà genitoriale, prima di stipulare la polizza. Il Questionario Sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.
- **Retta di degenza**: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.
- **Ricovero**: la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

- **Rischio**: la probabilità del verificarsi del sinistro.
- **Scoperto**: percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni sinistro, rimane a suo carico.
- **Second Opinion**: consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.
- **Sinistro**: il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario avvenute e fatturate durante l'operatività del contratto per le quali è prestata l'assicurazione e che comportano un'attività gestionale per UniSalute. In caso di ricovero o Day-Hospital, il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di inizio del ricovero o del Day-Hospital.
- **Società**: l'Impresa assicuratrice UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
- **Struttura sanitaria convenzionata**: Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico, e relativi medici chirurghi, con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni, ove l'Assicurato previa richiesta ed autorizzazione ricevuta da UniSalute può accedere per fruire delle prestazioni sanitarie garantite dalla polizza ed il cui costo viene liquidato direttamente dalla stessa.
- **Termini di aspettativa**: il periodo che intercorre tra la decorrenza del contratto e la decorrenza della garanzia assicurativa.
- **UniSalute**: la Compagnia di assicurazione a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei sinistri: **"UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO".**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Ed. 01/04/2014

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato
(Carlo Cimbri)

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

2 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti condizioni di polizza:

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

Il premio sarà determinato sulla base dell'età compiuta dell'Assicurato al termine del mese di effetto della polizza e della provincia in cui risiede.

La Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato.

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

Art. 1.2 - Modifiche dell'assicurazione

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Art. 1.3 - Pagamento del premio e perfezionamento del contratto

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di effetto del contratto, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; in caso contrario decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, fermo restando quanto previsto all'art. 1.4 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per quanto riguarda la decorrenza della garanzia. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Il pagamento del premio può essere effettuato dal Contraente tramite:

- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Società;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Agenzia nella sua specifica qualità oppure la Società;
- con contante nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Il pagamento del premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del titolo.

È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile dove si prevede che se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze. È esclusa comunque la copertura di eventuali sinistri verificatisi durante la sospensione assicurativa.

Art. 1.4 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

Fermo il disposto dell'art. 1.3 "Pagamento del premio e perfezionamento del contratto" delle "Norme che regolano il contratto in generale" l'assicurazione decorre dalle ore 24 del:

- giorno di effetto della polizza per gli infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;
- trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza, per le malattie insorte

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

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa dalla stessa Società e riguardante gli stessi assicurati e identica garanzia, il termine di aspettativa di cui sopra opera:
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente polizza, limitatamente alle maggiori somme e diverse prestazioni da essa previste.

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

Neonati

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

Art. 1.5 - Frazionamento del premio

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

Art. 1.6 - Aggravamento / diminuzione del rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che incidono sulla valutazione del rischio. La variazione della provincia di residenza può incidere sulla valutazione del rischio, comportando un aumento o una diminuzione, e pertanto il Contraente è tenuto a darne comunicazione alla Società. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi delle disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile. Nel caso in cui il trasferimento di residenza comporti una diminuzione del rischio, se l'Assicurato comunica tale circostanza, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate di premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile.

Il diritto all'indennizzo viene riconosciuto indipendentemente dall'eventuale variazione nella professione del Contraente/Assicurato.

Art. 1.7 - Variazione delle persone assicurate

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

Art. 1.8 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti, devono essere fatte con lettera raccomandata o a mezzo fax, salvo quanto previsto per l'ipotesi di recesso di cui all'art. 1.9 "Recesso".

Art. 1.9 - Recesso

Il contratto di assicurazione non è soggetto al diritto di recesso salvo il caso di dichiarazioni inesatte o reticenti. Inoltre, qualora lo stesso preveda la durata poliennale, è facoltà del Contraente di recedere, ad ogni scadenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di almeno trenta giorni.

Art. 1.10 - Altre assicurazioni

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra può consentire alla Società di non corrispondere l'indennizzo. Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:

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

In caso di sinistro deve esserne dato avviso a tutte le Compagnie assicuratrici, indicando a ciascuna di esse il nome delle altre.

Art. 1.11 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione cessa:

a) alla scadenza del periodo prefissato, senza tacito rinnovo;
b) alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato.

Art. 1.12 - Imposte, tasse, oneri fiscali e parafiscali

Le imposte, le tasse, gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.13 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo secondo le modalità sotto indicate.

Nel caso di permanenza dell'Assicurato all'estero per motivi di lavoro, di studio o di turismo, la garanzia è operante per spese sanitarie sostenute per assistenza medica d'urgenza conseguente a malattia o a infortunio. L'urgenza deve essere certificata dalla struttura sanitaria che fornisce le prestazioni.

Le prestazioni senza carattere d'urgenza erogate all'estero verranno rimborsate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia solamente in seguito ad autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, che sarà concessa nel caso in cui le terapie mediche e/o chirurgiche di cui l'Assicurato necessita non possano essere ottenute in Italia per la particolare tecnica medica o, pur potendo essere ottenute in Italia, in tempi che ne compromettano l'efficacia terapeutica.

Qualora l'Assicurato, senza la preventiva autorizzazione, si sottoponga a prestazioni sanitarie all'estero, il rimborso verrà effettuato con l'applicazione delle franchigie e/o degli scoperti previsti per le strutture sanitarie non convenzionate.

Art. 1.14 - Criteri per la determinazione del premio e suo adeguamento

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

Età	Percentuale di incremento annuo del premio
Da 0 a 14 anni	0%
Tra 14 e 15 anni	10%
Tra 15 e 19 anni	0%
Tra 19 e 20 anni	10%
Dal 20° anno in poi	3,5%

Art. 1.15 - Foro competente

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

Art. 1.16 - Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato valgono le norme vigenti della legge italiana.

2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

La Società ha affidato la gestione, trattazione e liquidazione del sinistro a UniSalute S.p.A. (di seguito "UniSalute").

Norme per la Sezione SPESE SANITARIE

Art. 2.1 - Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800.822469 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Per prestazioni non riguardanti un ricovero, l'Assicurato potrà effettuare la prenotazione anche attraverso la funzione online disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi artt. 2.2 "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute", 2.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute" o 2.4 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con UniSalute senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'art. 2.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute" e agli artt. 3.2.1 o 3.6.1 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute".

Art. 2.2 - Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute

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

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

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

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese relative al ricovero verranno liquidate con le modalità indicate all'art. 2.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute" e agli artt. 3.2.1 o 3.6.1 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute".

Qualora siano erogati servizi non previsti dal contratto e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.

Art. 2.3 - Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute

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

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte.
  Tale modulo:
  - è compilabile tramite l'apposita funzione disponibile nella sezione "Sinistri/Rimborsi" - "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it o, in alternativa,
  - è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito www.unisalute.it
- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna ad UniSalute della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del sinistro completa in ogni sua parte.

Qualora l'Assicurato abbia presentato, ad altre compagnie assicurative, richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui agli artt. 3.2.1 o 3.6.1 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 2.4 - Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti artt. 2.2 "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute" o 2.3 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute".

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro sottoscritto e corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

Tale modulo:

- è compilabile tramite l'apposita funzione disponibile nella sezione "Sinistri/Rimborsi"- "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it o, in alternativa,
- è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito www.unisalute.it .

Art. 2.5 - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e sulle sue conseguenze, le Parti possono demandare per iscritto la decisione ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall'Assicurato, la Società si obbliga ad aderirvi.

Il Collegio Medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza anagrafica dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle spese e competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della Parte soccombente.

I risultati delle operazioni del Collegio Medico devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.
L'eventuale rifiuto di uno dei medici di firmare il verbale deve essere comunque attestato dagli altri medici nel verbale stesso.
Le Parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa delle decisioni del Collegio Medico, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Art. 2.6 - Gestione documenti di spesa

A - Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B - Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Art. 2.7 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente pagate

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

Art. 2.8 - Second Opinion
Criteri di indennizzabilità

UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

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

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti

patologie:
- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Insufficienza renale
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

L'Assicurato può sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, contattando direttamente la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800.822469. In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

Per l'attivazione della garanzia, il cliente dovrà inviare a UniSalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione di un terapeuta italiano o estero esperto in quella specifica patologia.

Art. 2.9 - Sindrome Metabolica
Criteri di indennizzabilità

Per appurare l'eventuale sussistenza della Sindrome Metabolica e degli specifici fattori di rischio, correlati spesso allo stile di vita della persona o a situazioni patologiche preesistenti, tali da determinare una situazione clinica ad alto rischio cardiovascolare, l'Assicurato potrà effettuare, in un'unica soluzione e una sola volta all'anno, le prestazioni di prevenzione di seguito elencate, all'interno di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, previa prenotazione presso la Centrale Operativa.
- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Glicemia
- Trigliceridi

A seguito delle informazioni fornite attraverso la compilazione e l'invio, da parte dell'Assicurato, dello specifico questionario messo a sua disposizione sul sito www.unisalute.it, UniSalute provvederà:
- nel caso in cui risulti che l'Assicurato non si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica, a comunicare semplicemente l'esito della verifica tramite e-mail;
- nel caso in cui risulti che l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata" determinata sulla base dei criteri definiti all'art. 3.7.2 "Sindrome Metabolica - Parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica", a comunicargli l'esito delle valutazioni tramite e-mail ed a mettergli a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. In tal caso all'Assicurato verranno fornite alcune indicazioni utili a consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc.; l'Assicurato potrà inoltre autorizzare UniSalute a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sull'effettiva applicazione delle indicazioni fornite.
  Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica on-line personale in cui egli potrà registrare questi parametri.
  La presente garanzia verrà prestata per due anni, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute.
- nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata", determinata sulla base dei criteri definiti all'art. 3.7.2 "Sindrome Metabolica - Parametri di riferimento per la valutazione della Sin-

drome Metabolica", un medico di UniSalute comunicherà all'Assicurato che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

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

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

Norme per la Sezione ASSISTENZA

Art. 2.10 - Modalità per la richiesta di assistenza

Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute.

I numeri da contattare sono i seguenti:

Prestazioni in Italia
Per chi chiama dall'Italia: 800.212477 (numero verde);
per chi chiama dall'estero: comporre il numero + 39 051 6389048.

Prestazioni all'estero
Per chi chiama dall'Italia: 051 4161781;
per chi chiama dall'estero: comporre il numero + 39 051 4161781.

3. SEZIONE SPESE SANITARIE

Formula Ricovero
(acquistabile in alternativa alla Formula Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi e operante solo se indicata nella Scheda di polizza)

Art. 3.1 - Garanzia base
Oggetto dell'assicurazione

La Società, in base alle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario, si obbliga a indennizzare, nei limiti del massimale convenuto nella Scheda di polizza, le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di uno degli eventi garantiti ed elencati di seguito.
L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio, anche causato da colpa grave, avvenuto durante l'operatività del contratto per:

- ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital o intervento chirurgico ambulatoriale resi necessari anche da parto o aborto terapeutico eseguito in conformità con le vigenti normative;
- alta specializzazione;
- cure oncologiche.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate all'art. 2 "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", a:

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute;
b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute;
c) Servizio Sanitario Nazionale.

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

L'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme dei sinistri verificatisi nel corso di un medesimo anno assicurativo non potrà superare il massimale annuo convenuto per le garanzie operanti.

Prestazioni garantite
Art. 3.2 - Ricovero

In caso di ricovero causato da infortunio viene sempre richiesta la presentazione di certificato di pronto soccorso.

La garanzia è operante per:

1) Ricovero in Istituto di Cura

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

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 che ha determinato il ricovero.
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di Euro 250,00 al giorno.

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di Cura.
Nel caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato con UniSalute, la garanzia è prestata nel limite di Euro 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di Euro 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) 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, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura.

2) Trasporto Sanitario

UniSalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con un'unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di Euro 1.500,00 per ricovero.

3) Day-Hospital

Nel caso di day-hospital, UniSalute provvede al pagamento per le prestazioni previste ai precedenti punti 1 "Ricovero in Istituto di Cura" e 2 "Trasporto Sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.
La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

4) Intervento chirurgico ambulatoriale

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, UniSalute provvede al pagamento delle spese previste ai punti 1 "Ricovero in Istituto di Cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 2 "Trasporto Sanitario" con i limiti in essi indicati.

5) Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, UniSalute liquida le spese previste ai punti 1 "Ricovero in Istituto di Cura" e 2 "Trasporto Sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura 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.

6) Parto e Aborto:

a) Parto Cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con UniSalute, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1 "Ricovero in Istituto di Cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Rette di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post-ricovero" e 2 "Trasporto Sanitario" con i limiti in essi indicati.
La garanzia è prestata fino ad un massimo di Euro 10.000,00 per anno assicurativo e per persona, sia in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute che in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.
In questo caso non sono operanti i massimali giornalieri previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto Sanitario".

b) Parto non Cesareo e Aborto Terapeutico
In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con UniSalute, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui al punto 1 "Ricovero in Istituto di Cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 1 "Ricovero in Istituto di Cura", lettera g) "Post-ricovero", e 2 "Trasporto Sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di Euro 3.500,00 per anno assicurativo e per persona, sia in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute che in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute.
In questo caso non sono operanti i massimali giornalieri previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto Sanitario".

7) Protesi ed Ausili Ortopedici
UniSalute rimborsa le spese per l'acquisto, 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.
Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a Euro 3.000,00 per anno assicurativo e per persona.

8) Rimpatrio della salma
In caso di decesso all'estero durante un ricovero, UniSalute rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di Euro 2.000,00 per anno assicurativo e per persona.

Art. 3.2.1 - Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati
In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:
Punto 1 - Ricovero in Istituto di Cura:
- lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale;

Punto 2 - Trasporto Sanitario;
Punto 7 - Protesi e ausili ortopedici;
Punto 8 - Rimpatrio della salma;
che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:
Punto 6 - Parto e Aborto
che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute
In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20% col minimo di Euro 1.000,00 e massimo di Euro 10.000,00, ad eccezione delle seguenti:
Punto 1 - Ricovero in Istituto di Cura:
- lett. d) Rette di degenza;
- lett. e) Accompagnatore;
- lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale;

Punto 2 - Trasporto Sanitario;
Punto 6 - Parto e Aborto;
Punto 7 - Protesi e ausili ortopedici;
Punto 8 - Rimpatrio della salma;
che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) **Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale**

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico dell'S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'art. 3.2.2 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UniSalute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi Articoli; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lettere a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute".

Art. 3.2.2 - Indennità Sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, fermo restando che la stessa provvederà al pagamento delle spese di pre e post ricovero con le modalità di cui al punto 1 "Ricovero in Istituto di Cura" lett. a) Pre-ricovero e lett. g) Post-ricovero, avrà diritto a un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 100 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti all'art. 3.2.1 "Modalità di erogazione delle prestazioni", ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a Euro 2.000,00. Qualora l'Assicurato abbia subito un Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tali quelli previsti nell'allegato A delle condizioni di assicurazione e indicati alla Sezione "Elenco Grandi Interventi Chirurgici", l'importo giornaliero dell'indennità sostitutiva si intende raddoppiato.

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

Art. 3.2.3 - Massimale

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni previste all'articolo 3.2 "Ricovero" è indicato nella Scheda di polizza.

Qualora l'Assicurato abbia subito un Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tali quelli ricompresi nell'allegato A delle Condizioni di assicurazione e indicati alla Sezione "Elenco Grandi Interventi Chirurgici", il massimale riportato nella Scheda di polizza si intende raddoppiato.

Art. 3.3 - Alta Specializzazione

UniSalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere, non connesse a ricovero ospedaliero, e conseguenti a malattia o infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto:

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- 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
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Terapie
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde al 10% della somma assicurata di cui all'art. 3.2.3 "Massimale".
Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60,00 per ogni prestazione/accertamento diagnostico o ciclo di terapia.
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

Art. 3.4 - Cure Oncologiche
Nei casi di malattie oncologiche UniSalute liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o Day-Hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo.
Si intendono incluse in garanzia anche le visite specialistiche, gli accertamenti diagnostici e le terapie farmacologiche.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60,00 per ogni visita specialistica, prestazione/accertamento diagnostico o ciclo di terapia.
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.
Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde al 10% della somma assicurata di cui all'art. 3.2.3 "Massimale".

Formula Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi
(acquistabile in alternativa alla Formula Ricovero e operante solo se indicato nella Scheda di polizza)

Art. 3.5 - Garanzia base
Oggetto dell'assicurazione
La Società, in base alle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario, si obbliga a indennizzare, nei limiti del massima-

le convenuto nella Scheda di polizza, le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di uno degli eventi garantiti ed elencati di seguito.
L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio, anche causato da colpa grave, avvenuto durante l'operatività del contratto per:

- ricovero in Istituto di Cura per un Grande Intervento Chirurgico o per Grave Evento Morboso, intesi per tali quelli di cui all'allegato A delle Condizioni di assicurazione;
- day-hospital per un Grande Intervento Chirurgico o per Grave Evento Morboso, intesi per tali quelli di cui all'allegato A delle Condizioni di assicurazione.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate all'art. 2 "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri", a:

a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute;
b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute;
c) Servizio Sanitario Nazionale.

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie. L'ammontare complessivo degli indennizzi per l'insieme dei sinistri verificatisi nel corso di un medesimo anno assicurativo non potrà superare il massimale annuo convenuto per le garanzie operanti.

Prestazioni garantite

Art. 3.6 - Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso

In caso di ricovero causato da infortunio viene sempre richiesta la presentazione di certificato di pronto soccorso.

La garanzia è operante per:

1) Ricovero in Istituto di Cura per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso

Unisalute provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

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 che ha determinato il ricovero.
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di Euro 250,00 al giorno.
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di Cura.
Nel caso di ricovero in Istituto di Cura non convenzionato con UniSalute, la garanzia è prestata nel limite di Euro 55,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di Euro 55,00 al giorno per un massimo di trenta giorni per ricovero.

g) 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 centoventi giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura.

2) Trasporto Sanitario
UniSalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con un'unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di Cura, di trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di Euro 1.500,00 per ricovero.

3) Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso
Nel caso di Day-Hospital, UniSalute provvede al pagamento per le prestazioni previste ai punti 1 "Ricovero in Istituto di Cura per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso" e 2 "Trasporto Sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.
La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

4) Trapianti
Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a malattia o a infortunio, UniSalute liquida le spese previste ai punti 1 "Ricovero in Istituto di Cura per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso" e 2 "Trasporto Sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura 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.

Art. 3.6.1 - Modalità di erogazione delle prestazioni

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati
In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture sanitarie convenzionate senza alcun limite all'infuori del massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:
Punto 1 - Ricovero in Istituto di Cura per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso:
- lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale;

Punto 2 - Trasporto Sanitario;
che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute
In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20% col minimo di Euro 1.000,00 e massimo di Euro 10.000,00, ad eccezione delle seguenti:
Punto 1 - Ricovero in Istituto di Cura per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso:
- lett. d) Rette di degenza;
- lett. e) Accompagnatore;
- lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale;

Punto 2 - Trasporto Sanitario;
che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale
Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso ac-

creditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico dell'S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'Articolo 3.6.2 "Indennità Sostitutiva".
Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UniSalute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi Articoli; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva.
Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lettere a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute".

Art. 3.6.2 - Indennità Sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, fermo restando che la stessa provvederà al pagamento delle spese di pre e post ricovero con le modalità di cui all'art. 3.6 "Ricovero in Istituto di Cura per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso" lett. a) Pre-ricovero e lett. g) Post-ricovero, avrà diritto a un'indennità di Euro 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 150 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti all'art. 3.6.1 "Modalità di erogazione delle prestazioni", ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a Euro 2.000,00.
L'indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore e in caso di ricovero in Day-Hospital.

Art. 3.6.3 - Massimale

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni previste al presente articolo 3.6 "Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso" è indicato nella Scheda di polizza.

Art. 3.7 - Garanzie sempre operanti e valide per entrambe le formule "Ricovero" e "Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi"

(garanzie valide per entrambe le formule e sempre operanti)

Art. 3.7.1 - Second Opinion

La presente assicurazione vale nel caso in cui l'Assicurato richieda ad UniSalute una verifica circa il responso ottenuto dai sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad un'impostazione terapeutica rientrante nell'elenco di patologie definito all'art. 2.8 "Second Opinion - Criteri di indennizzabilità".

Art. 3.7.2 - Sindrome Metabolica (parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica)

Sindrome Metabolica "non conclamata"

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

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri [kg/m^2]) inferiore a 30;
- Pressione arteriosa tra 130 e 139,99 mmHg (massima) e tra 80 e 89,99 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno tra 110 e 125,99 mg/dl;
- Colesterolemia totale tra 200 e 239,99 mg/dl;
- Colesterolo HDL tra 35 e 39,99 mg/dl per l'uomo e tra 40 e 49,99 mg/dl per la donna;
- Trigliceridi tra150 mg/dl e 199,99 mg/dl.

Sindrome Metabolica "conclamata"

Con l'espressione Sindrome Metabolica "conclamata" si intende la condizione clinica

di persone/assicurate che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri [kg/m^2]) superiore o uguale a 30;
- Pressione arteriosa superiore o uguale a 140 mmHg (massima) e 90 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno superiore o uguale a 126 mg/dl;
- Colesterolemia totale superiore o uguale a 240 mg/dl;
- Colesterolo HDL inferiore a 35 mg/dl per l'uomo e 40 mg/dl per la donna;
- Trigliceridi superiori o uguali a 200 mg/dl.

Art. 3.7.3 - Ospedalizzazione Domiciliare

La Società, tramite UniSalute, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione attraverso la rete convenzionata UniSalute servizi 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.

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

La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60,00 per ogni visita specialistica, prestazione/accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a Euro 5.000,00 per persona.

Art. 3.8 - Garanzie Supplementari (Opzionali) (acquistabili come pacchetto unico esclusivamente dai sottoscrittori della Formula Ricovero e operanti solo se richiamate nella Scheda di polizza)

La garanzia è operante per:

1) **Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici**

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici, non connesse al ricovero ospedaliero, e conseguenti a malattia o infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60,00 per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde ad Euro 1.500,00 per persona.

2) Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi a seguito di Infortunio

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di pronto soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente all'infortunio denunciato e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.
Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60,00 per fattura.
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.
Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde ad Euro 350,00 per persona.

3) Prevenzione

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.
Le prestazioni sono state ideate per appurare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati e sono particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla polizza.
Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini

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

Prestazioni previste per le donne

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

4) Prevenzione Odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel piano di cura

In deroga a quanto previsto all'art. 5.1 "Rischi esclusi", lett. n) delle "Esclusioni e limiti contrattuali", UniSalute provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale all'anno in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni sotto indicate sono nate per appurare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla polizza.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. UniSalute provvederà al pagamento della prestazione fino ad un massimo di Euro 60,00;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.
Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.
Inoltre, per le eventuali ulteriori prestazioni previste dal piano di cura che si rendessero necessarie, l'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un'autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. Il costo di queste prestazioni resta a carico dell'Assicurato.

5) Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero

In deroga a quanto previsto all'art. 5.1 "Rischi esclusi", lett. n) delle "Esclusioni e limiti contrattuali", la Società, tramite UniSalute, liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

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

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

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

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

La presente garanzia è operante esclusivamente presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

Le spese vengono liquidate nel limite annuo di Euro 1.500,00 per persona.
Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

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

Art. 3.9 - Condizioni specifiche (valide solo per Formula Ricovero e operanti solo se richiamate nella Scheda di polizza)

A - Franchigia fissa/maggiorata su Ricoveri, Day-Hospital e Interventi Chirurgici Ambulatoriali in Istituto di Cura

In strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

UniSalute liquida l'importo dovuto a termini di polizza per le prestazioni di cui alla "Formula Ricovero" con una franchigia di Euro 1.500,00 per sinistro.

UniSalute provvederà a liquidare direttamente quanto dovuto a termini di polizza previa deduzione della franchigia.

L'Assicurato dovrà pertanto versare detto importo di franchigia all'Istituto di Cura e/o all'équipe operatoria.

In strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

Nel caso in cui la franchigia sia concomitante con uno scoperto, l'indennizzo viene determinato applicando all'importo delle spese sostenute dall'Assicurato uno scoperto del 25% con il minimo di Euro 3.000,00 ed il massimo di Euro 10.000,00.

B - Massimale unico per nucleo familiare ed anno assicurativo

Il massimale/somme assicurate di polizza devono intendersi prestate per nucleo familiare. Pertanto, le somme indicate in polizza si intendono prestate globalmente per tutte le persone assicurate ed esse costituiscono la massima esposizione della Società per uno o più sinistri verificatisi nel corso della stessa annualità assicurativa.

4. SEZIONE ASSISTENZA

Art. 4.1 - Garanzia base

La Società, tramite UniSalute, si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, nonché alle condizioni che seguono, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle prestazioni descritte nei punti successivi.

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800.822469 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800.212477.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +0516389048.

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

d) Invio di un medico
Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.
In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso
Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento.

f) Trasferimento in centro medico specializzato
Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati:
- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.
Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.
La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero
In collaborazione con IMA Italia Assistance S.p.A., UniSalute garantisce le seguenti prestazioni:

g) 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 per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, 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 nel limite di Euro 100,00 per sinistro.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero
Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

i) Rimpatrio sanitario

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

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

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

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

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

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

l) Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero all'estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendosene i relativi costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento e per annualità assicurativa.

m) Rientro di minori

Qualora, a seguito di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero, i figli minori di anni 15 si trovino senza un accompagnatore maggiorenne, UniSalute provvederà ad organizzare il rientro al domicilio dei figli dell'Assicurato tenendo a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di Euro 500,00 per sinistro.

n) Rientro dall'estero

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

o) Rientro anticipato

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

5. ESCLUSIONI E LIMITI CONTRATTUALI OPERANTI PER TUTTE LE SEZIONI

Art. 5.1 - Rischi esclusi

L'assicurazione non é operante per:

a) le conseguenze dirette di infortuni e di malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società o non evidenziati nel questionario sanitario con dolo o colpa grave;
b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di mal-

formazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, incluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;

c) la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;

d) le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;

e) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;

f) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od 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 aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);

k) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;

l) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

m) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;

n) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;

o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;

p) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;

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

r) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.

Art. 5.2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di sa-

lute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi organiche cerebrali.
Si conviene che la sopravvenienza di tali dipendenze o malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

Art. 5.3 - Limiti di età

La presente assicurazione può essere stipulata solo fino al compimento del settantaquattresimo anno e rinnovata solo fino al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato.

Per Codice del Consumo si intende il D.Lgs. del 6/9/2005 n. 206
Le presenti norme giuridiche possono costituire utile materiale di consultazione per l'Assicurato, fermi restando gli accordi contrattuali tra le Parti.
Avvertenza: c.c. = Codice Civile; c.p. = Codice Penale; ss. = seguenti.

Art. 1892 c.c. - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento (art. 1441 c.c. e ss.) del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave (artt. 1893, 1894 c.c.).
L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione.
L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno.
Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza (art. 1932 c.c.).

Art. 1893 c.c. - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave
Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (artt. 1892, 1894 c.c.).
Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose (art. 1932 c.c.).

Art. 1894 c.c. - Assicurazione in nome o per conto di terzi
Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 c.c.

Art. 1898 c.c. - Aggravamento del rischio
Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato (artt. 1892, 1926 c.c.).
L'assicuratore può recedere dal contratto dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.
Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.
Spettano all'assicuratore i premi relativi al pe-

riodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 c.c. - Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto (art. 1453 c.c.) se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 c.c. - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913 c.c., indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.
Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 c.c. - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui si è verificato il sinistro o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di contestazione del sinistro.
Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 2033 c.c - Indebito oggettivo

Chi ha eseguito un pagamento non dovuto ha diritto di ripetere ciò che ha pagato. Ha inoltre diritto ai frutti e agli interessi dal giorno del pagamento, se chi lo ha ricevuto era in malafede, oppure, se questi era in buona fede, dal giorno della domanda.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

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 sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO
- Tutti.

ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

a) Infarto miocardico acuto;

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

c) Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure;

d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
I. ulcere torbide
II. decubiti
III. neuropatie
IV. vasculopatie periferiche
V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.

e) Politraumatismi gravi che non necessitino di intervento chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato;

f) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo;

g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.

Ed. 01/04/2014

3 INFORMATIVA PRIVACY

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

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,
per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti[1] ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile[2] (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.
Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza[3]. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti[4], ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo[5] e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.
I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa[6].
Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa[7].

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.
Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna[8].
Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati",

presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it
Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni di informazione e promozione commerciale sui prodotti o servizi di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e delle altre società del Gruppo Unipol.

– NOTE –

1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.

3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.

4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.

5) Gruppo Assicurativo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it).

6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; 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, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).

7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri, UniSalute S.p.A, con sede in Bologna, via Larga, 8.

USA_Info_Cont_01 – ed. 1/01/2014

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Modello 1262 – Ed. 01.04.2014 - Tipografia Casma - St. 20.000 - 3.2014