



UNIPOLSAI SALUTE SPESE MEDICHE SANICARD

Assicurazione Spese Sanitarie

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

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

Assicurazione spese sanitarie

Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti di assicurazione danni – DIP Danni



Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "UNIPOLSAI SALUTE SPESE MEDICHE SANICARD"

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - C.F. 00818570012 e P.IVA 03740811207 - Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n.1.00006 e 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, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n.046.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura delle spese sanitarie nei casi di Malattia ed Infortunio.



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione, operante in caso di Malattia e di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, permette all'Assicurato di scegliere tra due diverse formule di copertura spese sanitarie, alternative tra loro: "**Formula Completa**", più ampia, e "**Formula Grandi Interventi**" che consente di ottenere l'Indennizzo delle spese mediche per alcune, più gravi, forme di Ricovero, con o senza Intervento Chirurgico.

✓ SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA:

Ricovero: indennizza spese per Ricovero in Istituto di cura (compreso parto e aborto terapeutico), Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale.

Alta Specializzazione: provvede pagamento (specifico Massimale) spese per prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto.

Cure Oncologiche: provvede pagamento delle spese relative a chemioterapia e terapie radianti (sia in regime di Ricovero o Day-Hospital che extraricovero) nei casi di Malattia Oncologica.

Second Opinion: in presenza di una grave Malattia accertata, l'Assicurato può richiedere di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche.

Sindrome Metabolica: mette a disposizione dell'Assicurato un servizio che consente di verificare in via preventiva se sia affetto da Sindrome Metabolica valutando se esistano eventuali fattori di rischio per la sua salute, di natura cardiovascolare, correlati al suo stile di vita o a patologie preesistenti ad alto rischio cardiovascolare.

Ospedalizzazione Domiciliare: mette a disposizione dell'Assicurato servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 giorni dalla data di dimissioni, a seguito di un Ricovero indennizzabile.

Tariffe Agevolate: prevede per l'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso i Centri Sanitari Convenzionati e/o Equipe Mediche Convenzionate.

✓ SPESE SANITARIE FORMULA GRANDI INTERVENTI:

Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso: tramite UniSalute, indennizza le spese sostenute dall'Assicurato per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di un Grande Intervento Chirurgico o di un Grave Evento Morboso;

Second Opinion: vedasi SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA;

Sindrome Metabolica: vedasi SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA;

Ospedalizzazione Domiciliare: vedasi SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA;

Tariffa Agevolata: vedasi SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA.

✓ ASSISTENZA (sempre operante):

tramite UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato 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.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (di seguito UnipolSai) presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in Polizza (c.d. massimale/somma assicurata).

GARANZIE OPZIONALI

Garanzie Supplementari [a pagamento]:

FORMULA COMPLETA:

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

[per i dettagli su quanto sopra vedasi il DIP aggiuntivo Danni]



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Infortunio, Malattia, parto od aborto. Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, persone affette da alcolismo e tossicodipendenza.



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale delle spese sostenute dall'Assicurato) e Franchigie (esprese in cifra fissa) indicati nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo. Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo non derogate da garanzie o opzioni supplementari) tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi:

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

! **ASSISTENZA:** prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà; aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle Prestazioni di Assistenza.



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Si precisa che la Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato e risultanti dal Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C. Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione del Questionario sanitario, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario stesso.



Quando e come devo pagare?

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

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



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la polizza?

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

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

Assicurazione Spese Sanitarie



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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOLSAI SALUTE SPESE MEDICHE SANICARD

Data 01/08/2019 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

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

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., di seguito UnipolSai, sede legale in Italia, Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna recapito telefonico: 051.5077111, sito internet: www.unipolsai.it, indirizzo email: info-danni@unipolsai.it, indirizzo PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it. Società iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006, 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, soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2018, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.765,85 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.321,61 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unipolsai.com, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2018, è pari ad € 2.788,51 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.254,83 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 7.057,07 milioni e ad € 6.889,4 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2018, pari a 2,53 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Al contratto si applica la Legge Italiana, se il Rischio è ubicato in Italia. E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.



Che cosa è assicurato?

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

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

FORMULA COMPLETA

Franchigia su Ricoveri, Day Hospital e Interventi chirurgici ambulatoriali in Istituto di Cura	<i>Qualora nell'erogazione delle prestazioni venga concordata l'applicazione di una Franchigia e/o di uno Scoperto il Contraente ha diritto ad uno sconto sul Premio.</i>
Massimale unico per Nucleo Familiare	<i>Qualora i Massimali indicati in Polizza vengano prestati non per singolo Assicurato, ma per tutti gli Assicurati appartenenti al medesimo Nucleo Familiare il contraente ha diritto ad uno sconto sul Premio.</i>

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

FORMULA COMPLETA

Garanzia Plus	<p>UnipolSai provvede al pagamento delle spese sostenute per:</p> <p>Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici: visite specialistiche non connesse a Ricovero e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza.</p> <p>Trattamenti Fisioterapici: trattamenti fisioterapici, a seguito di Infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempre che siano connessi all'infortunio denunciato e che risultino prescritti da un medico specialista.</p> <p>Prevenzione: particolari esami diagnostici da effettuarsi una volta l'anno in Centri Sanitari Convenzionati.</p> <p>Prevenzione Odontoiatrica: una visita specialistica odontoiatrica e di una seduta di ablazione del tartaro o di una seduta di trattamento per l'igiene orale all'anno, da effettuarsi in centri Sanitari Convenzionati.</p> <p>Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero: gli interventi chirurgici odontoiatrici derivanti dalle seguenti patologie: osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso; cisti follicolari; cisti radicolari; adamantinoma; odontoma; ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.</p>
----------------------	---



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture offerte dal contratto sono applicati Scoperti contrattualmente indicati che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

La Garanzia base della Sezione FORMULA COMPLETA, relativamente alla copertura Ricovero in Istituto di Cura, Day – Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale prevede l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di € 1.000,00 e un massimo di € 6.000,00 per il caso di Rimborso delle spese in caso di utilizzo di Equipe non convenzionata in un Centro Convenzionato e in caso di utilizzo di Centro ed Equipe medica/Personale non convenzionati. Per la copertura Alta specializzazione prevede l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di € 60,00 in caso di utilizzo di Centro ed Equipe medica/Personale non convenzionati.

Per la Garanzia base della Sezione GRANDI INTERVENTI, relativamente al Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso, è prevista l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di € 1.000,00 e massimo di € 6.000,00 in caso di utilizzo di Equipe non convenzionata in un Centro Convenzionato e in caso di Centro ed Equipe medica/Personale non convenzionati.

Per le Sezioni FORMULA COMPLETA, FORMULA GRANDI INTERVENTI, ASSISTENZA, sono previste le seguenti esclusioni di garanzia:

- le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia del sinistro:

Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata: In caso di Sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute per prenotare la prestazione o il Ricovero presso un Centro Sanitario Convenzionato. Per prestazioni non riguardanti un Ricovero, l'Assicurato potrà effettuare la prenotazione anche attraverso la funzione on-line disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it. All'atto dell'erogazione della prestazione l'Assicurato dovrà presentare al Centro Sanitario Convenzionato un documento comprovante la propria identità, oltre alla prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. Le prestazioni autorizzate da UniSalute saranno liquidate da quest'ultima direttamente al Centro Sanitario Convenzionato, salvo eventuali Franchigie previste dalle Condizioni di Polizza. 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.

Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata: L'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute per prenotare la prestazione o il Ricovero presso un Centro Sanitario Convenzionato. All'atto dell'erogazione della prestazione l'Assicurato dovrà presentare al Centro Sanitario Convenzionato un documento comprovante la propria identità, oltre alla prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. Le prestazioni autorizzate da UniSalute saranno liquidate da quest'ultima direttamente al Centro Sanitario Convenzionato. L'assicurato deve pagare direttamente le prestazioni nei confronti dell'equipe medica non convenzionata e richiedere successivamente il rimborso delle spese sostenute.

Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso: Per richiedere il rimborso di quanto speso o per il pagamento dell'Indennità sostitutiva l'Assicurato, che può rivolgersi direttamente all'Agenzia che ha in carico il contratto o a UniSalute, deve compilare e sottoscrivere il modulo per la richiesta di rimborso. Tale modulo è reperibile all'interno della Sezione "Modulistica" del sito www.unisalute.it. Il modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta a UniSalute, unitamente a copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di Ricovero o copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero all'indirizzo: "UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO". L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato previa consegna ad UniSalute di copia della documentazione relativa alle spese sostenute.

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

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

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

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

Assistenza: L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute, specificare la prestazione richiesta e fornire ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare l'evento per il quale necessita di Prestazione di Assistenza. L'Assicurato deve inoltre presentare ogni elemento che possa permettere il diritto alla Prestazione di Assistenza.

Cosa fare in caso di sinistro?	Assistenza diretta/in convenzione: il contratto prevede la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. UniSalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti dei Centri Sanitari Convenzionati, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da essi erogati
	Gestione da parte di altre imprese: Sezioni FORMULA COMPLETA e FORMULA GRANDI INTERVENTI: UnipolSai si avvale di UniSalute S.p.A., e della sua Centrale Operativa; Sezione ASSISTENZA , la Società si avvale di UniSalute S.p.A., e della sua Centrale Operativa/Struttura Organizzativa.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Non è contrattualmente previsto un termine per la liquidazione dei Sinistri e UnipolSai si impegna a farlo nel più breve tempo possibile.



Quando e come devo pagare?

Premio	Le somme assicurate ed i Massimali non sono soggetti ad alcun adeguamento e/o indicizzazione per tutta la durata contrattuale, tuttavia il Premio è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato.
Rimborso	Non sono contrattualmente previste ipotesi di rimborso del Premio nei confronti del Contraente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

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



Come posso disdire la Polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto a:

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

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



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 18,00% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice

Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento della Società, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a: UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 - San Donato Milanese - (MI) Fax: 02.51815353; e-mail: reclami@unipolsai.it. Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it. I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. E' possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori. I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche), nonché degli Intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni. Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Reclami e Assistenza Specialistica Clienti di UnipolSai deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).

<p>All'IVASS</p>	<p>Nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. I reclami indirizzati all'IVASS contengono:</p> <p>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL' AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Arbitrato irrituale: Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e/o sulle sue conseguenze possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. - Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

AVVERTENZE:

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

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

UNIPOLSAI SALUTE SPESE MEDICHE SANICARD

Assicurazione Spese Sanitarie




CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI/01265/000/00000/C - Ed. 01/08/2019

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

GLOSSARIO	1 di 48
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	4 di 48
2. SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA	9 di 48
3. SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA GRANDI INTERVENTI	25 di 48
4. SEZIONE ASSISTENZA	33 di 48
5. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	37 di 48
ALLEGATO A	43 di 48
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	46 di 48

Che cosa sono i box di consultazione?

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

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

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

Accertamento Diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Anno: periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di Anno bisestile.

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

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

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

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

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

La Centrale Operativa provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

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

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

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

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

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

Documentazione Sanitaria: cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).

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

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

Franchigia: la parte del danno, espressa in cifra fissa, che per ogni Sinistro rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

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

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

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

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

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

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

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

Malattia: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia dipendente da infortunio.

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

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

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

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

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

Periodo Assicurativo - Annualità Assicurativa: in caso di Polizza di durata pari o inferiore a un Anno, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alla scadenza della Polizza stessa. In caso di Polizza di durata superiore a un Anno, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

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

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

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

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

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

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

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

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

Sinistro: il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario 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 o diversamente il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione sanitaria assicurata.

Società: l'Impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

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

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

UniSalute: la Compagnia di assicurazione UniSalute S.p.A, con sede in Via Larga 8 - 40138 Bologna, a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei Sinistri.

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

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione

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

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

Art. 1.2 - Termini di aspettativa

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del:

- giorno di effetto della Polizza per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;
- trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza;
- centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie diagnostiche, 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.

Art. 1.3 - Durata del contratto e sconto per poliennalità¹⁻²

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

1 La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza o prosegue?



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

2 Quale durata può avere l'Assicurazione?



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

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

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

Art. 1.4 - Recesso in caso di Sinistro

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

Quando e come devo pagare

Art. 1.5 - Pagamento del Premio ³

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

Art. 1.6 - Frazionamento del Premio ⁴

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

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

La Società e il Contraente possono convenire di adottare, in relazione al pagamento del Premio, la procedura di seguito descritta.

a) Adesione al servizio di pagamento mensile del Premio SEPA Direct Debit

1. La Società consente che il Premio annuale convenuto venga pagato dal Contraente in modo frazionato, senza oneri di frazionamento e con le modalità indicate ai punti successivi.
2. All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente dovrà (i) provvedere al pagamento anticipato in Agenzia di una somma pari a tre dodicesimi (più eventuale frazione di mese) del Premio convenuto, (ii) obbligarsi a pagare il Premio residuo di importo pari a nove dodicesimi mediante rate mensili di importo pari a un dodicesimo ciascuna, nonché (iii) obbligarsi a pagare le successive rate mensili, nel caso in cui il contratto si sia tacitamente rinnovato, sottoscrivendo

3 Cos'è e come si calcola il Premio?

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



4 Quando deve essere pagato il Premio? Il pagamento del Premio, sia per intero o in parte in caso

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



apposito mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.) e autorizzando quindi la propria Banca ad accettare i corrispondenti ordini di addebito della Società.

3. Il pagamento alla scadenza di ogni rata mensile sarà accettato dalla Società con riserva di verifica e salvo buon fine.
4. La Società provvederà comunque alla notifica del pagamento delle rate mensili e della copertura delle garanzie previste in Polizza, mediante invio al Contraente del seguente messaggio, che sostituirà l'emissione dell'atto di quietanza: «Abbiamo ricevuto il pagamento tramite addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del [GG mese AAAA] su pol n. xx/xx/xxxx. Confermiamo copertura assicurativa. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Tale messaggio sarà inviato dalla Società:
 - mediante SMS al seguente numero di cellulare [*].

b) Mancato addebito del pagamento di Premi

1. Entro dieci giorni dalla scadenza della rata, la Banca del Contraente comunicherà alla Società l'eventuale mancato addebito dell'importo dovuto qualora, in fase di addebito, il conto sia risultato privo di fondi.
2. In tal caso la Società provvederà contestualmente a notificare al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa, mediante invio di messaggio con le modalità indicate al punto 4 della lettera a): «L'addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del GG/mm/AAAA della pol xxx/xxxxxxx è stato rifiutato dalla sua Banca; pertanto le garanzie prestate in pol sono sospese dal GG/mm/AAAA. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento. UnipolSai Ass.ni».

c) Revoca/modifiche del servizio di addebito S.D.D.

1. Per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revoche del servizio di addebito S.D.D. eventualmente disposte dallo stesso.
2. In caso di sostituzione del contratto assicurativo, qualora il Contraente intenda continuare ad avvalersi del pagamento tramite S.D.D. anche sul contratto sostitutivo ed il contratto sostitutivo preveda tale modalità di pagamento, questi dovrà contestualmente sottoscrivere un nuovo mandato di adesione al servizio S.D.D.
3. In caso di cessazione o sostituzione del contratto assicurativo, la Società invierà al Contraente, con le modalità indicate al punto 4 della lettera a), il seguente messaggio: «Comunichiamo cessazione/sostituzione pol n° xx/xx/xxxx e revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio a decorrere da [GG mese AAAA]. Si rechi in Agenzia per regolarizzare la sua posizione UnipolSai Assicurazioni S.p.A.».
4. In caso di revoca del servizio di addebito S.D.D. disposta dal Contraente, la Società invierà allo stesso, con le modalità indicate al punto 4 della lettera a), il seguente messaggio: «Seguito revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio da lei disposta per la pol n xxx/xxxxxxx, le garanzie prestate in pol sono sospese. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento del Premio a decorrere da GG/mm/AAAA. UnipolSai Ass.ni».
5. In ogni ipotesi di revoca o di modifica del servizio di addebito S.D.D., il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate di Premio dovute presso l'Agenzia e dovrà concordare con la stessa una diversa modalità di pagamento optando fra quelle previste dalla normativa vigente e attivate presso l'Agenzia. A tale proposito si precisa che il beneficio del frazionamento mensile del Premio è concesso dalla Società solo nel caso di pagamento tramite addebito S.D.D..

Il Contraente deve autorizzare espressamente la Società alla trasmissione di comunicazioni contrattuali e di servizio all'indirizzo di posta elettronica o al numero di cellulare indicati, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

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

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

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

Che obblighi ho

Art. 1.9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

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

Art. 1.10 - Aggravamento / diminuzione del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società in caso di variazione della provincia di residenza in quanto può incidere sulla valutazione del Rischio, comportando un aumento o una diminuzione del Premio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi delle disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile⁵. 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.

Altre norme

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

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

Art. 1.12- Forma delle comunicazioni

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

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

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

Art. 1.13 – Altre assicurazioni

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

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa condolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo. Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre Assicurazioni per lo stesso Rischio nei casi di:

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

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

Art. 1.14 - Foro competente

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

Art. 1.15 - Rinvio alle norme di legge

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

Cosa assicura**Art. 2.1 - Garanzia base**

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

- 1) Ricovero⁷;
- 2) Alta specializzazione;
- 3) Cure oncologiche.

Si intendono inoltre sempre operanti anche le seguenti garanzie:

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

Art. 2.1.1 - Ricovero

Nei casi di:

- a) **Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale**, la Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:
 - 1) **Pre-ricovero:** esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale **purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati;**
 - 2) **Intervento Chirurgico:** onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultanti dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;

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

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

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

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

- 3) **Assistenza medica, medicinali, cure:** prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di Ricovero con Intervento Chirurgico;
 - 4) **Rette di Degenza:** non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
 - 5) **Accompagnatore:** retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura;
 - 6) **Assistenza Infermieristica individuale** durante il Ricovero;
 - 7) **Post-ricovero:** esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura;
 - 8) **Trasporto sanitario:** trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con un'unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di Cura, trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e rientro alla propria abitazione con il massimo di € 3.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona. La presente garanzia è prestata esclusivamente a rimborso;
 - 9) **Trapianti:** spese previste alla lettera a) "Ricovero in Istituto di cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale" per trapianto di organi o di parte di essi, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Nel caso di donazione da vivente, la garanzia copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, Intervento Chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza. Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
- b) **Protesi ed Ausili Ortopedici**, la Società provvede al rimborso delle spese sostenute nei 360 giorni successivi ad un Sinistro verificatosi durante il periodo di validità della garanzia, per l'acquisto, il noleggio, la manutenzione e la riparazione di protesi ortopediche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di cura. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodì, plantari, ecc.
La garanzia è prestata fino al raggiungimento di € 3.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona, esclusivamente a rimborso;
- c) **Parto e aborto terapeutico**
- 1) **Parto cesareo**, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui alla lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale punti 1) Pre-ricovero, 2) Intervento Chirurgico, 3) Assistenza medica, medicinali, cure, 4) Rette di Degenza, 5) Accompagnatore, 7) Post-ricovero e 8) Trasporto Sanitario entro il limite in esso indicato. La garanzia è prestata fino al raggiungimento di € 10.000,00 per Annualità Assicurativa e per persona.
 - 2) **Parto non cesareo e aborto terapeutico**, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui alla lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale punti 2) Intervento Chirurgico, 3) Assistenza medica, medicinali, cure, 4) Rette di Degenza e 8) Trasporto Sanitario entro il limite in esso indicato.
Relativamente alla garanzia di cui al punto 7) Post ricovero del suddetto articolo lettera a) vengono

garantite esclusivamente due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto o aborto terapeutico.

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

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

e) **Indennità sostitutiva**

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

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

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

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

Art. 2.1.2 Alta Specializzazione

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

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia

- Wirsungrafia

Accertamenti

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

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

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

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

Art. 2.1.3 - Cure Oncologiche

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

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

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

Art. 2.1.4 - Second Opinion

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

- Consulenza Internazionale:** 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.
- Trova il miglior Medico:** contatto con un **massimo di tre specialisti** esperti nel trattamento di una delle malattie sotto indicate. 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.
- Trova la migliore Cura:** organizzazione di tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio di assistenza telefonica all'Assicurato 24 ore su 24. Inoltre 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 nel caso in cui l'Assicurato richieda alla Società una verifica circa il responso ottenuto dai sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad

un'impostazione terapeutica per le seguenti patologie:

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

Art. 2.1.5 - Sindrome Metabolica

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

Sindrome Metabolica "non conclamata"

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

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

Sindrome Metabolica "conclamata"

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

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

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

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Glicemia
- Trigliceridi

L'Assicurato deve pertanto rivolgersi a uno dei Centri Sanitari Convenzionati ⁸, previa prenotazione presso la Centrale Operativa.

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

A questo punto, la Società per il tramite di UniSalute, a seguito della valutazione dei dati contenuti nel questionario, provvede:

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

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

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

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

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

Art. 2.1.6 - Ospedalizzazione domiciliare

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

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

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

Art. 2.1.7 - Neonati

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

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

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



Art. 2.1.8 - Tariffe agevolate ⁹

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

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

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

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

La garanzia è operante in Italia.

Cosa NON assicura

Art. 2.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di infortuni e di malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società o non evidenziati nel Questionario Sanitario con dolo o colpa grave;
- b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono altresì escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
- c) la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- f) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- g) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- h) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
- i) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- k) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale;
- l) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza

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

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

?

- quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
 - n) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto all'Art. 2.4.1 Garanzia Plus lettere d) ed e) e quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
 - o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
 - p) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
 - q) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
 - r) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
 - s) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Art. 2.3 - Persone non assicurabili

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

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

Come personalizzare ¹⁰

Art. 2.4 - Garanzie Supplementari (a pagamento)

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

Art. 2.4.1 - Garanzia Plus

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

- a) **Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici** non connesse al Ricovero e conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

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

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

10 Posso personalizzare la mia copertura assicurativa?

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

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

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

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

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

c) **Prevenzione**¹¹: prestazioni sotto elencate effettuate **esclusivamente in Centri Sanitari Convenzionati** indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Prestazioni previste per gli uomini

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

Prestazioni previste per le donne

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- 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)

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

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

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

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

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

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

La garanzia opera una sola volta per Annualità Assicurativa.

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

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

La presente garanzia è operante esclusivamente presso Centri Sanitari Convenzionati.

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

Art. 2.5 - Condizioni Specifiche (con sconto)

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

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

La Società, a parziale modifica di quanto previsto al successivo Art. 2.7.1 Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale delle Modalità di erogazione delle prestazioni, nei limiti e modalità sotto indicati, provvede:

- a) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata**, **previa deduzione della Franchigia di € 1.500,00 per ogni Ricovero, Day-Hospital o Intervento Chirurgico Ambulatoriale**
- a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Equipe Medica Convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre ricovero e 7) Post ricovero dell'Art. 2.1.1 Ricovero, lettera a) Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale;

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

Art. 2.5.2 - Massimale unico per Nucleo Familiare

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

Come assicura

Art. 2.6 - Massimale

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

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

è indicato in Polizza.

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

Art. 2.7 - Modalità di erogazione delle prestazioni ¹²

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

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

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

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

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

Art. 2.7.2 - Parto e Aborto Terapeutico

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

Art. 2.7.3 - Alta Specializzazione

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

Art. 2.7.4 - Cure Oncologiche

- a) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata**, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Equipe Medica Convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute;

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

Art. 2.7.5 - Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici

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

Art. 2.7.6 - Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi a seguito di Infortunio

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

Art. 2.7.7 - Prevenzione, Prevenzione Odontoiatrica e Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero, a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.

Art. 2.8 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

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

Garanzia base	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Centro e Equipe Medica Convenzionati	Centro Convenzionato e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	Centro e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	SSN o centri convenzionati con esso
Alta specializzazione (Massimale indicato in Polizza)	-	Pagamento diretto spese	-	Rimborso con scoperto del 20% minimo € 60	Rimborso ticket sanitario
Cure Oncologiche (Massimale indicato in Polizza)	-	Pagamento diretto spese	Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 60		Rimborso ticket sanitario
Ospedalizzazione domiciliare	€5.000 per Annualità Assicurativa e persona, massimo 120 giorni	Pagamento diretto spese	-	-	-

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

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

Cosa assicura**Art. 3.1 - Garanzia base**

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

- 1) Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso ¹⁵⁻¹⁶

Si intendono inoltre sempre operanti le seguenti garanzie:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nei casi di:

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

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

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

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

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

Art. 3.1.2 Second Opinion

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

- a) **Consulenza Internazionale**: rilascio di un referto scritto da parte dei medici associati a 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.
- b) **Trova il miglior Medico**: contatto con un massimo di tre specialisti esperti nel trattamento di una delle malattie sotto indicate. 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.
- c) **Trova la migliore Cura**: organizzazione di tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio di assistenza telefonica all'Assicurato 24 ore su 24. Inoltre 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 nel caso in cui l'Assicurato richieda alla Società una verifica circa il responso ottenuto dai sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad un'impostazione terapeutica per le seguenti patologie:

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

Art. 3.1.3 - Sindrome Metabolica

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

Sindrome Metabolica “non conclamata”

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

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

Sindrome Metabolica “conclamata”

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

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

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

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Glicemia
- Trigliceridi

L'Assicurato deve pertanto rivolgersi a uno dei Centri Sanitari Convenzionati¹⁷, previa prenotazione presso la Centrale Operativa.

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

A questo punto, la Società per il tramite di UniSalute, a seguito della valutazione dei dati contenuti nel questionario, provvede:

- a) nel caso in cui risulti che l'Assicurato non si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica, a comunicare semplicemente l'esito della verifica tramite e-mail;
- b) nel caso in cui risulti che l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata”, a comunicargli l'esito delle valutazioni tramite e-mail ed a mettergli a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. In tal caso all'Assicurato verranno fornite

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

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



alcune indicazioni utili a consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc.;

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

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

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

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

Art. 3.1.4 - Ospedalizzazione domiciliare

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

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

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

Art. 3.1.5 - Tariffe agevolate ¹⁸

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

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

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

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

La garanzia è operante in Italia.

Cosa NON assicura

Art. 3.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

- 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;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono altresì escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
- la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;

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

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

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

Art. 3.3 - Persone non assicurabili

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

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

Come assicura

Art. 3.4 - Massimale

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

Art. 3.5 - Modalità di erogazione delle prestazioni ¹⁹

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

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

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

Art. 3.6 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

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

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



SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

Garanzia base	Limiti / Sottolimiti	Modalità di liquidazione			
		Centro e Equipe Medica Convenzionati	Centro Convenzionato e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	Centro e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati	SSN o centri convenzionati con esso
Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso (Massimale indicato in Polizza)	Pre-ricovero massimo 120 giorni Post-ricovero massimo 120 giorni Trasporto Sanitario €3.000 per Annualità Assicurativa e persona Protesi €3.000 per Annualità Assicurativa e persona Indennità sostitutiva €150 al giorno massimo 100 giorni	Pagamento diretto spese Rimborso delle spese Pre e Post-ricovero	Centro Convenzionato pagamento diretto spese Equipe NON convenzionata Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 1.000 massimo € 6.000 Rimborso delle spese Pre e Post-Ricovero	Rimborso delle spese, scoperto 20% minimo € 1.000 massimo € 6.000	Rimborso delle spese sostenute in proprio
Ospedalizzazione domiciliare	€5.000 per Annualità Assicurativa e persona, massimo 120 giorni	Pagamento diretto spese	-	-	-

Cosa assicura**Art. 4.1 - Garanzia base**

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

Gestione dei Sinistri ed erogazione delle Prestazioni di Assistenza

La Società, per la gestione e liquidazione dei Sinistri erogati in Italia relativi alla presente Sezione, nonché per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza, si avvale di UniSalute, e della sua Centrale Operativa/Struttura Organizzativa.

Prestazioni di consulenza erogate 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, festivi esclusi. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+39 051-6389046**

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio telefonico di informazioni sanitarie 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

20 Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?

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

**Prestazioni di consulenza erogate in Italia**

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

- al numero verde **800-822469** se in Italia
- al numero **+39 051-6389046** se dall'estero

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

Prestazioni di Assistenza erogate in Italia

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

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

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

Prestazioni di Assistenza erogate all'estero

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

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

nella forma di assistenza diretta nelle Strutture Sanitarie Convenzionate con UniSalute.

Prestazioni di Assistenza erogate in Italia

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

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

c) Pareri medici immediati

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

d) Invio di un medico

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

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

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

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

f) Trasferimento in centro medico specializzato

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

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

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

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

Prestazioni di Assistenza erogate all'estero

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

g) Viaggio di un familiare all'estero

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

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

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

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

i) Rimpatrio sanitario

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

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

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

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

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio. La struttura organizzativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

j) Interprete a disposizione

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

k) Rientro di minori

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

l) Rientro dall'estero

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

m) Rientro anticipato

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

Art. 4.2 - Delimitazioni

La Società:

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

Cosa NON assicura

Art. 4.3 – Esclusioni

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

La Centrale Operativa non eroga:

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

Come assicura

Art 4.4 – Pagamento delle Prestazioni

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

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

Se l'Assicurato non accetta di corrispondere l'eccedenza, la Società eroga la Prestazione di Assistenza solo nei limiti di quanto reso possibile dal Massimale previsto. In alternativa, la Società rimborsa la spesa da lui sostenuta per procurarsi autonomamente la Prestazione precedentemente richiesta alla Centrale Operativa/Struttura Organizzativa, entro i limiti e i Massimali previsti da ciascuna Prestazione di Assistenza. In tal caso l'Assicurato deve produrre l'originale dei documenti fiscali a dimostrazione che ha effettivamente sostenuto la spesa.

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

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

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

Art. 4.5 - Validità territoriale

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

SINTESI DEI LIMITI DI INDENNIZZO

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

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

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

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

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

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

Gestione dei Sinistri

La Società, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri relativi alle Sezioni Spese Sanitarie Formula Completa e Spese Sanitarie Formula Grandi interventi, si avvale di UniSalute S.p.A., e della sua Centrale Operativa.

La Società ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei Sinistri, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

Art. 5.2 – Modalità di utilizzo della copertura

a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata

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

- al numero verde **800 822469** in Italia
- al numero **+39 051 6389046** se dall'estero

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

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

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

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

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

L'Assicurato deve saldare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato eventuali franchigie a suo

carico previste dalle condizioni di Polizza nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.

Il Centro Sanitario Convenzionato non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il Massimale assicurato o non autorizzate.

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

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

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.

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

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

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

- al numero verde **800 822469** in Italia,
- al numero **+39 051 6389046** se dall'estero,

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

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

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

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

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

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

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

e/o non autorizzata.

Il Centro Sanitario Convenzionato non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il Massimale assicurato o non autorizzate.

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

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

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.

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

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

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

- Prestazioni in centri sanitari non convenzionati;
 - Prestazioni da parte di equipe medica non convenzionata (presso Centri Sanitari Convenzionati);
 - Prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso;
 - Prestazioni precedenti o successive al Ricovero, Day Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale
 - e/o ogni altra prestazione a rimborso prevista dalla polizza;
- o per il pagamento dell'Indennità sostitutiva può adottare una delle seguenti modalità:

- rivolgersi direttamente all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza,
- inviare direttamente a **UniSalute S.p.A. Rimborsi UnipolSai c/o CMP BO Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO,**
- seguire quanto indicato all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it

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

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

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

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna ad UniSalute della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, 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 secondo le modalità indicate nelle Sezioni Spese Sanitarie della formula prescelta, e nei limiti previsti in Polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 5.3 - Ospedalizzazione domiciliare

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

- al numero verde **800 822469** in Italia,
- al numero **+39 051 6389046** se dall'estero,

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

Art. 5.4 - Second Opinion

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

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

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

Art. 5.5 - Sindrome Metabolica

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

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

Art. 5.6 - Tariffe Agevolate

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

- al numero verde **800 822469** in Italia,
- al numero **+39 051 6389046** se dall'estero,

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

Art. 5.7 - Gestione dei documenti di spesa

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

- a) Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati**, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate viene consegnata direttamente dal Centro Sanitario Convenzionato all'Assicurato.
- b) Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica non Convenzionata**, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate in Centri Sanitari Convenzionati viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato. UniSalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

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

- c) Nel caso di Prestazioni in centri sanitari non convenzionati**, 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. 5.8 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente pagate

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

Art. 5.9 - 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 rifiuta 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. 5.10 - Pagamento del Sinistro

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

NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 5.11 - Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato

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

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

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

Art. 5.12 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza

La Società, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri relativi alla Sezione Assistenza, nonché per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza, si avvale di UniSalute S.p.A., e della sua Centrale Operativa/Struttura Organizzativa.

La Società ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei Sinistri, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle Prestazioni garantite.

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

- al numero verde **800-822469** se in Italia
- al numero **051-6389046** se dall'estero

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

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

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

specificando la prestazione richiesta.

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

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

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

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica

- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

ELENCO GRAVI EVENTI MORBOSI

- a) Infarto miocardico acuto
- b) Insufficienza cardio-respiratoria scompensata che presenti contemporaneamente almeno tre delle seguenti manifestazioni:
 - I. dispnea
 - II. edemi declivi
 - III. aritmia
 - IV. angina instabile
 - V. edema o stasi polmonare
 - VI. ipossiemia
- c) Neoplasia maligna in trattamento con aggravamento delle condizioni generali e necessità di accertamenti o cure
- d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni:
 - I. ulcere torbide
 - II. decubiti
 - III. neuropatie
 - IV. vasculopatie periferiche
 - V. infezioni urogenitali o sovrinfezioni.
- e) Politraumatismi gravi che non necessitino di Intervento Chirurgico o per cui questo sia al momento controindicato
- f) Ustioni di terzo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo
- g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

CODICE CIVILE

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1888 Prova del contratto

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

Art. 1892 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 del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di 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. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

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

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta

in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi

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

Art. 1897 Diminuzione del rischio

Se il Contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio

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

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

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione;

ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

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

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini 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 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 risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913 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 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. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 2033 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.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo 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 delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

INFORMATIVA PRIVACY

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

Gentile Cliente,

ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”), La informiamo che, 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 personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali⁽²⁾, ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti). In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste (tra cui il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo⁽³⁾), sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si veda nota 7), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso⁽⁵⁾. Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativi, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato 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. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto ⁽⁶⁾. I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol⁽⁷⁾ a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (ii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati 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⁽⁸⁾ (si veda anche nota 4).

COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI.

I Suoi dati personali saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e custoditi mediante adozione di adeguate misure organizzative, tecniche e di sicurezza e conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni), nonché in caso di eventuali contestazioni e controversie, per i termini di prescrizione dei relativi diritti.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁹⁾. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati (si veda nota 8). Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo agente/intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; 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 e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.
- 2) Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona, ma anche eventuali dati idonei a rivelare convinzioni religiose o filosofiche, opinioni politiche, appartenenza sindacale. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

- 3) 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 l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statisticotarifarie.
- 4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 5) Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.
- 6) 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.
- 7) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it.
- 8) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 9) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.

