



UNIPOLSAI SALUTE RICOVERO +SALUTEPERTE

Assicurazione Salute

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**

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?

Questo prodotto offre una copertura assicurativa sanitaria personale, con possibilità di estensione ai componenti del nucleo familiare, in caso di ricovero e successiva convalescenza e per prestazioni di assistenza in conseguenza del COVID-19 nonché una copertura per possibili reazioni avverse a seguito di somministrazione del Vaccino.



Che cosa è assicurato?

✓ MALATTIA:

- **Indennità giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura:** pagamento di un'indennità per ogni giorno di Ricovero in Istituto di Cura nel quale risulti positività al virus Covid-19.
- **Indennità per convalescenza post Ricovero in Istituto di Cura:** pagamento di un'indennità per la convalescenza a seguito di dimissioni dall'Istituto di Cura qualora l'Assicurato sia stato ricoverato in Terapia Sub Intensiva o Terapia intensiva.
- **Indennità Giornaliera per Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al Vaccino:** pagamento di una indennità giornaliera per Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al Vaccino.
- **Invalidità permanente da Malattia per Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al Vaccino:** pagamento di un'indennità per le eventuali conseguenze dirette ed esclusive causate dalla reazione avversa al Vaccino che hanno come conseguenza un'Invalidità Permanente.
- **Tampone rapido o esame antigenico naso faringeo:** pagamento delle spese sostenute per un Tampone rapido per ricercare, nei campioni prelevati, le proteine virali caratteristiche del coronavirus (antigeni).
- **Video consulti per visite specialistiche in caso di isolamento domiciliare:** video consulti per le prestazioni indicate contrattualmente al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista.

- ✓ **ASSISTENZA:** prestazioni di aiuto immediato nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in situazioni di difficoltà quali prenotazione di prestazioni sanitarie, trasporto dall'ospedale al domicilio, assistenza infermieristica specializzata domiciliare e counseling psicologico nei trenta giorni successivi alla dimissione; informazioni sanitarie telefoniche (servizio di consulenza accessorio alle Prestazioni di Assistenza). E' altresì previsto un servizio di Tariffe Agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso i Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute S.p.A..

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



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili i soggetti la cui positività al virus COVID-19 (Coronavirus) risulti antecedente alla data di effetto della Polizza.
- ✗ Non sono assicurabili le Prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà.



Ci sono limiti di copertura?

Nelle coperture assicurative sono presenti le seguenti esclusioni:

- ! **MALATTIA:** l'Assicurazione non è operante per
 - i Ricoveri avvenuti anteriormente all'effetto della Polizza;
 - l'isolamento domiciliare;
 - la reazione avversa a vaccini somministrati anteriormente alla sottoscrizione della Polizza.
- ! **ASSISTENZA:** non viene erogato 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.



Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché l'annullamento dell'Assicurazione. La polizza non è soggetta ad aggravamento e/o diminuzione del rischio.



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato presso l'Intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società ed è comprensivo di imposte. Non è previsto il pagamento frazionato. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.



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 è stato pagato; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. L'Assicurazione cessa alla scadenza del periodo assicurativo prefissato, senza tacito rinnovo.



Come posso disdire la polizza?

Non sono previste ipotesi di recesso anticipato.

Assicurazione Salute



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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOLSAI SALUTE RICOVERO - +SALUTEPERTE

Data: 15/05/2021 - 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 2020, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 6.450,90 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.605,13 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), il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2020, è pari ad € 2.989,3 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.345,2 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 9.509,9 milioni e ad € 8.642,6 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2020, pari a 3,18 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.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura?

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

**Cosa fare
in caso di
Sinistro?**

Denuncia del sinistro:

Sezione Malattia

L'Assicurato deve denunciare ogni singola Malattia che, secondo il parere medico, possa provocare una Invalidità permanente indennizzabile a termini di Polizza.

La denuncia deve essere effettuata non oltre 90 giorni dalla data di dimissione per iscritto all'Agenzia alla quale è stata assegnata la Polizza o deve essere inviata direttamente a UniSalute S.p.A. – Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della Malattia, da originale o copia conforme delle cartelle cliniche complete ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

Relativamente alle restanti garanzie

Per le garanzie Video Consulto per visite specialistiche, Tampone rapido o esame antigenico naso faringeo nonché per il servizio di Tariffe agevolate, l'Assicurato deve:

- contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero 800-822469 dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30.

Per ottenere l'indennizzo spettante, l'Assicurato deve inviare direttamente a UniSalute S.p.A. – Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO:

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

Sezione Assistenza

Assistenza:

- per le Prestazioni di Assistenza erogate in Italia l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute disponibile 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno al numero verde 800.2124777 per chi chiama dall'Italia e al numero +39 051-6389046 per chi chiama dall'estero;
- per i servizi di consulenza l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde 800.822469 per chi chiama dall'Italia e al numero +39 051-6389046 per chi chiama dall'estero, dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.

Assistenza diretta/in convenzione: Non presente.

Gestione da parte di altre imprese: UnipolSai ha affidato la gestione, trattazione e liquidazione dei Sinistri a UniSalute S.p.A. con sede in via Larga 8, 40138 Bologna, e alla sua Centrale Operativa.

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	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
Obblighi dell'impresa	<p><u>Invalidità Permanente da Malattia per Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa</u> <i>UnipolSai liquida l'indennizzo spettante all'Assicurato, o ai suoi eredi legittimi o testamentari, in relazione alle richieste di rimborso entro 45 giorni dalla presentazione di tutti i documenti completi dalla stessa richiesti salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto, o entro 30 giorni dall'esito della procedura arbitrale</i></p> <p><u>Restanti garanzie</u> <i>Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro completa in ogni sua parte (originale dei documenti fiscali comprovanti la spesa per le Prestazioni di Assistenza) o dall'esito della procedura arbitrale.</i></p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
Rimborso	<i>Non sono contrattualmente previste ipotesi di rimborso del Premio.</i>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<i>La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del quinto giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le garanzie prestate dalla sezione Malattia.</i>
Sospensione	<i>Non è contrattualmente prevista la possibilità di sospendere le garanzie.</i>



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 alle persone fisiche, inclusi gli appartenenti al nucleo familiare del contraente, la cui esigenza assicurativa è rappresentata dalla necessità di tutelarsi contro i rischi derivanti dal contagio del virus COVID-19 ottenendo un'indennità giornaliera in caso di ricovero e un'indennità per la convalescenza, oltre ad altre prestazioni, tra cui una serie di prestazioni di Assistenza, e una indennità giornaliera ed un indennizzo in caso di Invalidità Permanente a seguito di ricovero conseguente a reazione avversa al Vaccino.



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	<p>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>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: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. I reclami indirizzati all'IVASS contengono: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL' AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<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>
Negoziazione assistita	<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>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<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:

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

UNIPOLSAI SALUTE RICOVERO +SALUTEPERTE

Assicurazione Salute

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI/01263/000/20112/C - Ed. 15/05/2021

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

GLOSSARIO	1 di 15
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	3 di 15
2. SEZIONE MALATTIA	5 di 15
3. SEZIONE ASSISTENZA	8 di 15
4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	11 di 15
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	13 di 15

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:

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

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

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

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

Centrale Operativa: la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, i servizi relativi alla Sezione Malattia e i servizi di consulenza previsti dal contratto dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

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

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.

Indennizzo/Rimborso¹: somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

Invalidità permanente da Malattia: perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di Cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime

1 Come funziona il meccanismo di erogazione delle indennità?

1° esempio

Garanzia operante: COVID-19

Somma giornaliera assicurata: € 200,00.

Durata degenza ospedaliera: 9 giorni.

Ricovero in Sub-Intensiva o terapia intensiva: NO.

Indennizzo: € 1.600,00 (€ 200,00 x 8 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come uno).

2° esempio

Garanzia operante: COVID-19.

Somma giornaliera assicurata: € 200,00.

Durata degenza ospedaliera: 20 giorni.

Ricovero in terapia intensiva: SI.

Indennizzo: € 7.800,00 (€ 200,00 x 14 giorni in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono un massimo di 14 giorni indennizzabili; € 5.000,00 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono tale indennità per la convalescenza in caso di Ricovero in terapia intensiva).

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.

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

Massimale: l'importo che rappresenta la spesa massima che, nel corso dello stesso anno assicurativo, la Società si impegna a prestare per ciascuna persona per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

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

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

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

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

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

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, il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di inizio del Ricovero o, diversamente, il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione 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 di Assistenza.

Struttura Sanitaria Convenzionata: Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico e/o diagnostico, convenzionato 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.

Tampone rapido o esame antigenico naso faringeo: esame che viene effettuato inserendo un bastoncino nel naso o nella faringe allo scopo di ricercare, nei campioni prelevati, le proteine virali caratteristiche del coronavirus (antigeni).

Terapia Sub-Intensiva: unità intermedia tra la degenza ordinaria e il trattamento intensivo per pazienti che non hanno bisogno di un trattamento invasivo, come quelli più critici, ma che a causa della loro gravità necessitano comunque di uno stretto e costante monitoraggio delle funzioni vitali.

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.

Vaccino: preparato farmacologico approvato dall'EMA che permette di creare un'immunizzazione nei confronti dell'infezione da Covid-19.

1

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1 - 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.

Art. 1.2 - Termini di aspettativa

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:

- del quinto giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le garanzie prestate dalla sezione Malattia.

Art. 1.3 - Durata del contratto ²

Il Periodo Assicurativo coincide con la durata del contratto di assicurazione indicata in Polizza. Non è previsto il tacito rinnovo.

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

Non è previsto il pagamento frazionato.

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

Il prodotto UnipolSai Salute RICOVERO - +SALUTEPERTE non prevede il "tacito rinnovo", pertanto alla scadenza indicata il contratto è da intendersi concluso e la copertura assicurativa cessa.

3 Quando deve essere pagato il Premio?

Il pagamento del Premio è condizione necessaria affinché l'Assicurazione abbia una reale validità e decorrenza. Diversamente, il contratto, anche se sottoscritto, non potrà essere operante. Il Premio per questo prodotto non può essere frazionato e il pagamento deve avvenire al momento della sottoscrizione.

Che obblighi ho

Art. 1.7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la copertura assicurativa sulla base delle circostanze del Rischio dichiarate dal Contraente e dall'Assicurato al momento della stipula del contratto. 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 del Codice Civile.

Art. 1.8 - Aggravamento e diminuzione del Rischio

Non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dagli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile in materia di diminuzione e aggravamento del Rischio. Il diritto all'indennizzo viene riconosciuto indipendentemente dall'eventuale variazione nella professione del Contraente/Assicurato.

Altre norme

Art. 1.9 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.10 – Forma delle comunicazioni

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

Art. 1.11 – 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;**

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. 1.12 - Foro competente

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

Art. 1.13 - 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 - COVID-19 ⁴**

La Società si obbliga a corrispondere all'Assicurato nelle modalità e nei limiti previsti, le seguenti prestazioni:

- Indennità Giornaliera per Ricovero in Istituto di Cura
- Indennità per la convalescenza post Ricovero in Istituto di Cura
- Indennità Giornaliera per Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al Vaccino
- Invalidità permanente da Malattia per Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al Vaccino
- Tampone rapido o esame antigenico naso faringeo
- Video consulti per visite specialistiche in caso di isolamento domiciliare

Art. 2.1.1 - Indennità Giornaliera per Ricovero in Istituto di Cura

La Società corrisponde un'indennità giornaliera di € 200,00 con un massimo di 14 giorni indennizzabili nel Periodo Assicurativo e per Assicurato per ogni giorno di Ricovero in Istituto di Cura avvenuto durante l'operatività del contratto nel quale risulti la positività al virus COVID-19 (Coronavirus).

Il giorno di entrata e quello di uscita si considerano un solo giorno.

Art. 2.1.2 - Indennità per la convalescenza post Ricovero in Istituto di Cura

Successivamente alla dimissione ed esclusivamente nel caso in cui durante il Ricovero indennizzabile ai sensi di Polizza sia stato necessario il ricorso alla Terapia Sub-Intensiva dell'Assicurato, è prevista un'indennità per la convalescenza complessivamente pari ad € 3.000,00 nel Periodo Assicurativo per ciascun Assicurato. Nel caso in cui, invece, sia stato necessario il ricorso alla terapia intensiva dell'Assicurato, è prevista un'indennità per la convalescenza complessivamente pari ad € 5.000,00 nel Periodo Assicurativo per ciascun Assicurato.

Le suddette indennità non sono cumulabili tra loro.

Art. 2.1.3 - Indennità Giornaliera per Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al Vaccino

Qualora entro 30 giorni dalla somministrazione di un Vaccino si renda necessario un Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al Vaccino stesso certificata da cartella clinica, la Società corrisponde un'indennità giornaliera di € 100,00 con un massimo di 30 giorni indennizzabili per Assicurato e Periodo Assicurativo per ogni giorno di Ricovero in Istituto di Cura.

Tale importo verrà raddoppiato nel caso in cui sia stato necessario il ricorso alla Terapia Intensiva.

È da intendersi in copertura anche il costo del trasporto in ambulanza dal luogo di residenza dell'Assicurato all'Istituto di Cura o viceversa fino al raggiungimento di Euro 1.000,00.

Art. 2.1.4 - Invalidità permanente da Malattia per Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al Vaccino

Qualora entro 30 giorni dalla somministrazione di un Vaccino si renda necessario un Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al Vaccino stesso certificata da cartella clinica, la Società corrisponde

4 In caso di contagio al COVID-19 e di isolamento domiciliare senza Ricovero, la garanzia è operante?

Non integralmente, in quanto per ottenere il riconoscimento di un'indennità è condizione essenziale che ci sia un Ricovero in Istituto di Cura avvenuto durante l'operatività del contratto nel quale risulti positività al virus COVID-19.

Tuttavia hai diritto ad accedere a prestazioni di Videoconsulto con medici specialisti convenzionati. Inoltre, previa prescrizione medica, hai diritto ad accedere alla prestazione di Tampone rapido Naso Faringeo (uno per periodo assicurativo).

per Assicurato e Periodo Assicurativo un'indennità di Euro 30.000,00 per le eventuali conseguenze dirette ed esclusive causate dalla reazione avversa al Vaccino che hanno come conseguenza un'Invalidità Permanente accertata superiore al 25%.

La garanzia è operante solo in caso di denuncia effettuata non oltre 90 giorni dalla data di dimissione.

Ogni invalidità causata da reazione avversa al Vaccino viene valutata indipendentemente dall'eventuale presenza di altre Malattie concorrenti e coesistenti.

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

Qualora, a giudizio del consulente medico di UniSalute e del medico dell'Assicurato, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente il decorso della Malattia denunciata e l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità Permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo al maggior pregiudizio. In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dalla Malattia denunciata prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'indennizzo per Invalidità Permanente potrà essere comunque liquidato in favore degli eredi qualora questi forniscano alla Società documentazione attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti corredata, se non ancora prodotta, da tutta la documentazione medica riguardante il caso, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di Ricovero.

Art. 2.1.5 - Tampone rapido o esame antigenico naso faringeo

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo previa prenotazione di un Centro Sanitario Convenzionato, provvede al pagamento delle spese sostenute per **un Tampone rapido o esame antigenico naso faringeo**.

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

La garanzia può essere utilizzata una sola volta per Assicurato e Periodo Assicurativo.

Art. 2.1.6 - Video consulti per visite specialistiche in caso di isolamento domiciliare

La Società, per gli Assicurati che successivamente alla data di effetto della Polizza e comunque durante l'operatività della stessa risultino positivi al virus COVID-19 (accertamento tramite esecuzione di apposito tampone), offre la possibilità di ottenere video consulti per le prestazioni indicate di seguito al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato.

Viene garantito un confronto diretto con lo specialista in tutti i casi in cui non sia necessario un contatto fisico e nei casi in cui non sussista una situazione di difficoltà che richieda un aiuto immediato, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti.

Per poter usufruire del servizio, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa per richiedere la prenotazione del video consulto con professionisti specializzati.

Al fine dell'attivazione è necessario fornire un indirizzo email al quale la Struttura Convenzionata invierà il link a cui è possibile collegarsi per il video consulto, utilizzando il proprio computer o un dispositivo mobile, smartphone o tablet (consigliate le ultime versioni di Google Chrome o Mozilla Firefox).

Durante il video consulto è consigliabile tenere a portata di mano i seguenti documenti per poter eseguire eventualmente l'upload da condividere con il medico:

- un documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto);
- i referti in formato elettronico di esami precedenti riferibili alla medesima prestazione;
- l'eventuale prescrizione del medico curante relativa alla prestazione richiesta.

La garanzia può essere utilizzata illimitatamente per ogni Assicurato durante il periodo di positività al Covid-19.

Elenco dei video consulti disponibili:

ALLERGOLOGICO
ANGIOLOGICO
CARDIOLOGICO
CHIRURGICO
DERMATOLOGICO
EMATOLOGICO
ENDOCRINOLOGICO
FISIATRICO
GASTROENTEROLOGICO
GINECOLOGICO
NEFROLOGICO
NEUROCHIRURGICO
NEUROLOGICO
NEUROPSICHIATRA INFANTILE
OCULISTICO
ORTOPEDICO
OTORINOLARINGOIATRICO
PEDIATRICO
PNEUMOLOGICO
REUMATOLOGICO
SENOLOGICO
UROLOGICO

Cosa NON assicura

Art. 2.2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone la cui positività al virus COVID-19 (Coronavirus) risulti antecedente alla data di effetto della Polizza.

Art. 2.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per

- i Ricoveri avvenuti anteriormente all'effetto della Polizza.
- l'isolamento domiciliare
- la reazione avversa a vaccini somministrati anteriormente all'effetto della presente Polizza.

Come assicura

Art. 2.4 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

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

Garanzia Base Covid-19	Limiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Indennità giornaliera	200,00 € al giorno con un massimo di 14 giorni indennizzabili nel Periodo Assicurativo per ciascun Assicurato	-
Indennità da convalescenza	<ul style="list-style-type: none"> - 3.000,00 € nel Periodo Assicurativo per ciascun Assicurato in caso di Terapia Sub-Intensiva - 5.000,00 € nel Periodo Assicurativo per ciascun Assicurato in caso di Terapia Intensiva 	-
Indennità giornaliera per ricovero a seguito di reazione avversa al Vaccino	<ul style="list-style-type: none"> - 100,00 € al giorno con un massimo di 30 giorni indennizzabili nel Periodo Assicurativo per ciascun Assicurato - 200,00 € al giorno con un massimo di 30 giorni indennizzabili nel Periodo Assicurativo per ciascun Assicurato in caso sia stato necessario il ricorso alla Terapia Intensiva 	-
Invalità Permanente da Malattia per Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al Vaccino	30.000,00 € nel Periodo Assicurativo per ciascun Assicurato	25%
Tampone rapido o esame antigenico naso faringeo	Una sola volta per Assicurato e periodo Assicurativo	-
Videoconsulti per visite specialistiche	Illimitatamente per ogni Assicurato durante il periodo di positività al Covid-19	-

Cosa assicura

Art. 3.1 - 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 contenuti⁵.

Prestazioni di Assistenza

L'Assicurato può accedere ai seguenti servizi, tramite la Struttura Organizzativa di Unisalute disponibile 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, utilizzando dall'Italia il n.ro verde 800-212477 (oppure dall'estero 051-6389048 preceduto dal prefisso internazionale per l'Italia (+39)):

a) Pareri Medici Immediati

Qualora l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Struttura Organizzativa fornirà le informazioni e i consigli richiesti.

A seguito di Sinistro indennizzabile ai sensi dell'Art. 2.1 "Garanzia Base COVID-19", nei 30 giorni successivi alla dimissione:

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Struttura Organizzativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie necessarie a monitorare il decorso della patologia nelle Strutture Sanitarie Convenzionate con Unisalute.

c) Assistenza infermieristica specializzata domiciliare

La Struttura Organizzativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico di UniSalute, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'Istituto di Cura, provvede a fornire un'Assistenza Infermieristica specializzata per un massimo di 20 ore complessive esclusivamente nell'arco della prima settimana di convalescenza. Tali ore possono essere usufruite senza soluzione di continuità o ad intervalli da concordarsi con il medico di UniSalute.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato, deve comunicare alla Struttura Organizzativa di UniSalute la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura. In ogni caso, laddove la richiesta della prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio viene erogato solamente se sussistono le condizioni di sicurezza ed i requisiti richiesti per la sua attivazione, e comunque entro 3 giorni dalla data della richiesta stessa.

d) Trasporto in ambulanza dall'Istituto di cura al domicilio dell'Assicurato

Qualora l'Assicurato a seguito delle dimissioni dall'Istituto di cura necessiti di un trasporto in ambulanza, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il trasferimento al domicilio. Le spese di trasporto sono a carico della Società fino ad un massimo di € 1.000,00 per Periodo Assicurativo e Assicurato.

5 Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?

Per le Prestazioni di Assistenza di cui alle lettere a), b), c), d), e) l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:

per chi chiama dall'Italia: 800.212477 (numero verde);

per chi chiama dall'estero: comporre il numero +39 051-6389048.

Per i servizi di consulenza di cui alla lettera f), l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:

per chi chiama dall'Italia: 800.822469 (numero verde);

per chi chiama dall'estero: comporre il numero + 39 051-6389046.



e) Counseling psicologico

La Società offre un servizio di Counseling psicologico, che consiste nella messa a disposizione di un Centro di Ascolto telefonico sempre attivo tramite il quale ogni Assicurato ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

Servizi di Consulenza

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.

f) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria, indipendentemente dagli eventi previsti dalla copertura, in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
- preparazione propedeutica ad esami diagnostici;

g) Tariffe Agevolate

La Società prevede per l'Assicurato l'applicazione di Tariffe Agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso i Centri Sanitari e/o equipe mediche convenzionate con UniSalute.

Il servizio Tariffe Agevolate s'intende operante sia in caso di esaurimento delle Somme Assicurate relative alle garanzie indicate in Polizza sia in caso di prestazioni non espressamente previste o escluse dalla Polizza.

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

Il servizio è operante in Italia

Cosa NON assicura

Art. 3.2 - Esclusioni

La Struttura Organizzativa non eroga:

- le Prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà;
- 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. 3.3 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

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

Garanzia Base	Limiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Assistenza infermieristica specializzata domiciliare	Fino ad un massimo di 20 ore complessive esclusivamente nell'arco della prima settimana di convalescenza	-
Trasporto in ambulanza dall'Ospedale al domicilio dell'Assicurato	Fino ad un massimo di € 1.000,00 per Periodo Assicurativo e Assicurato.	-

NORME PER LA SEZIONE MALATTIA

Art. 4.1 - 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. 4.2 Pagamento dell'Indennizzo;
- 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 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. 4.2 - Pagamento dell'Indennizzo

a) Relativamente alla garanzia Invalidità permanente da Malattia per Ricovero in Istituto di Cura conseguente a reazione avversa al vaccino

L'Assicurato deve denunciare ogni singola Malattia che, secondo il parere medico, possa provocare una Invalidità permanente indennizzabile a termini di Polizza.

La denuncia deve essere effettuata non oltre 90 giorni dalla data di dimissione per iscritto all'Agenzia alla quale è stata assegnata la Polizza o deve essere inviata direttamente a UniSalute S.p.A. – Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO.

La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della Malattia, da originale o copia conforme delle cartelle cliniche complete ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti da UniSalute, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale o copia conforme delle cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria utile per la liquidazione del sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

La Società liquida l'indennizzo spettante all'Assicurato, o ai suoi eredi legittimi o testamentari, in relazione alle richieste di rimborso entro 45 giorni dalla presentazione di tutti i documenti completi dalla stessa richiesti salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto.

In caso di ricorso all'arbitrato irrituale, di cui al successivo Art. 4.7 Arbitrato irrituale, la Società liquida l'indennizzo entro 30 giorni dall'esito della procedura.

b) Relativamente alle restanti garanzie

Per le garanzie Video Consulto per Visite specialistiche, Tampone rapido o esame antigenico naso faringeo nonché per il servizio di Tariffe agevolate, il Contraente o l'Assicurato deve:

- contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero 800-822469 dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30.

Per ottenere l'Indennizzo spettante, l'Assicurato deve inviare direttamente a UniSalute S.p.A. – Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO:

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

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti al contagio da COVID-19 e ad eventuali altre patologie, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del Sinistro completa in ogni sua parte o dall'esito della procedura di arbitrato irrituale di cui al successivo art. 4.7, Arbitrato irrituale.

NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA

Art. 4.3 - Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato

L'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa/Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A. per:

- comunicare la Prestazione di Assistenza o il servizio di consulenza richiesti;
- 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 la Prestazione di Assistenza o il servizio di consulenza;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla Prestazione di Assistenza o del servizio di consulenza (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.

Gestione dei Sinistri ed erogazione delle Prestazioni di Assistenza e dei servizi di consulenza

La Società, per la gestione e liquidazione dei Sinistri relativi alla presente Sezione, nonché per l'erogazione dei servizi di consulenza e delle Prestazioni di Assistenza, si avvale di UniSalute, 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.

Art. 4.4 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza o i servizi di consulenza

Per le Prestazioni di Assistenza di cui all'Art. 3.1 Garanzia base, lettere a), b), c), d), e) l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:

per chi chiama dall'Italia: 800.212477 (numero verde);

per chi chiama dall'estero: comporre il numero +39 051-6389048.

Per i servizi di consulenza di cui all'Art. 3.1 Garanzia base, lettere f) e g) l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:

per chi chiama dall'Italia: 800.822469 (numero verde);

per chi chiama dall'estero: comporre il numero + 39 051-6389046.

Art. 4.5 - Pagamento delle Prestazioni di Assistenza

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 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. Il pagamento dell'indennizzo viene effettuato dalla Società entro 30 giorni dal ricevimento di tale documentazione.

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

- siano state preventivamente autorizzate dalla 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 Struttura Organizzativa fornirà all'Assicurato tutte le indicazioni necessarie per l'istruzione della relativa pratica.

NORME VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI

Art. 4.6 - Diritto di verifica

In caso di Sinistro, la Società, tramite UniSalute, ha diritto di verificare l'effettiva sussistenza delle condizioni che rendono operante la garanzia e può controllare, a mezzo dei propri consulenti, le condizioni di salute dell'Assicurato; a tal fine, l'Assicurato deve autorizzare detti consulenti a prendere visione della cartella clinica.

Art. 4.7 - 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.

La Società provvede al pagamento dell'indennizzo entro 30 giorni dall'esito della procedura arbitrale.

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. 4.8 - Valuta di pagamento del Sinistro

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.

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

CODICE CIVILE

Art. 1882 - Nozione

L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.

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.

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 per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 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 indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno.

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

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

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui 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.

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 rilascio del preventivo e la quantificazione del premio), nonché per 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 saremo 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), (iii) 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 di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, 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. 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 statisticotariffrarie.
- 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.

