



FASCICOLO INFORMATIVO

UNIPOLSAI SALUTE SPESE MEDICHE SANICARD

Contratto di Assicurazione Spese Sanitarie
Modello 1265 - Ed. 15/04/2018

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

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

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai SALUTE
SPESE MEDICHE SANICARD

Ed. 15.04.2018

Gentili Clienti,

innanzitutto "Grazie" nell'aver considerato UnipolSai per assicurare la Sua Salute.

Oggi, grazie alla fiducia accordata da Lei e da tantissimi altri Clienti, consolidatasi nel corso degli anni, UnipolSai Le presenta **UnipolSai SALUTE SPESE MEDICHE SANICARD**, la soluzione a tutela della Sua Salute, il cui presente Fascicolo Informativo ne illustra tutte le garanzie e i servizi a Sua disposizione, personalizzabili in accordo alle Sue esigenze.

Come avrà modo di osservare, abbiamo inserito all'interno delle Condizioni Contrattuali, che rappresentano l'unico riferimento a definizione degli impegni contrattuali fra UnipolSai e Cliente, alcuni pratici box1 di consultazione che Le forniranno, a titolo puramente esemplificativo, una immediata risposta ai Suoi "perché" e La guideranno, qualora occorresse, nel "da farsi" in caso di necessità.

Chi entra nel mondo UnipolSai oggi, non soltanto acquisisce un'Assicurazione per proteggere la propria Salute ma può anche beneficiare di una gamma di garanzie e servizi di assistenza e consulenza altamente specializzati e qualificati.

Fra questi, la possibilità di scegliere fra le migliori strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, dislocate su tutto il territorio italiano, per prenotare le prestazioni di cui ha bisogno in tempi rapidi e senza alcun anticipo di denaro.

Per tutte le risposte e gli approfondimenti su **UnipolSai SALUTE SPESE MEDICHE SANICARD**, è a Sua disposizione la più grande e capillare rete di Agenzie d'Italia.

Cordialmente

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

1 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.

Per le **PRESTAZIONI SANITARIE** previste legate a Strutture Sanitarie Convenzionate con o senza Equipe Mediche Convenzionate, oppure per **PRESTAZIONI DI CONSULENZA** telefonica

il cliente deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute nei seguenti modi:

Numero verde: **800 822469** in Italia

Numero urbano: **+39 051 6389046** se dall'estero

nei seguenti orari: Lunedì - Venerdì (8:30 - 19:30), festivi esclusi.

Per le **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA**

EROGATE IN ITALIA

il cliente deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute nei seguenti modi:

Numero verde: **800 212477** in Italia

Numero urbano: **+39 051 6389048** se dall'estero

Attivo per tutto l'arco delle 24 ore

EROGATE ALL'ESTERO

il cliente deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute nei seguenti modi:

Numero urbano: **+39 051 4161781** se dall'estero

Attivo per tutto l'arco delle 24 ore.

1

NOTA INFORMATIVA

PAGINE

A • INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 16
1. Informazioni generali	2 di 16
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	3 di 16
B • INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	3 di 16
3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni	3 di 16
4. Periodi di carenza contrattuale	7 di 16
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario	7 di 16
6. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazione nella professione	8 di 16
7. Premi	8 di 16
8. Adeguamento del Premio e delle Somme assicurate	8 di 16
9. Diritto di Recesso	8 di 16
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	9 di 16
11. Legge applicabile al contratto	9 di 16
12. Regime fiscale	9 di 16
C • INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	9 di 16
13. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo	9 di 16
14. Assistenza diretta – Convenzioni	10 di 16
15. Reclami	10 di 16
16. Arbitrato irrituale	11 di 16
GLOSSARIO	12 di 16

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PAGINE

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	2 di 46
2. SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA	7 di 46
3. SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA GRANDI INTERVENTI	23 di 46
4. SEZIONE ASSISTENZA	31 di 46
5. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	35 di 46
ALLEGATO A	41 di 46
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	44 di 46

3

INFORMATIVA PRIVACY

PAGINE

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	1 di 4
--	--------



NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione danni "UnipolSai SALUTE SPESE MEDICHE SANICARD" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,

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

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

- **la presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS;**
- **il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della Polizza.**

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

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link

http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società 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.
- Sede Legale: Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (Italia).
- Recapito telefonico: 051.5077111
 - telefax: 051.7096584
 - siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it
 - indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2016, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.528.469.295,01, con capitale sociale pari ad € 2.031.456.338,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 3.117.825.796,04. L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2016, determinato ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, è pari a 2,43 volte il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR). I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto non prevede il tacito rinnovo e, pertanto, cessa alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta.

Avvertenza: in proposito si rinvia a quanto previsto dall'Art.1.3 "Durata del contratto e sconto per poliennalità" delle Norme che regolano il contratto in generale.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

L'Assicurazione, operante in caso di Malattia e in caso 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. Solo per chi acquista la "Formula Completa" è prevista la possibilità di estendere ulteriormente la copertura alle prestazioni previste nel paragrafo "Garanzie Supplementari (a pagamento)", o di personalizzarla sottoscrivendo le "Condizioni Specifiche (con sconto)".

SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA

Garanzie Base

Ricovero

La Società, tramite UniSalute, indennizza, entro i Massimali e nei limiti indicati in Polizza, le spese per Ricovero in Istituto di cura (compreso parto e aborto terapeutico), Day-Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale. Sono comprese le spese sostenute durante il Ricovero relative a esami ed accertamenti diagnostici, consulenze medico-specialistiche, prestazioni mediche e infermieristiche, vitto e pernottamento di un accompagnatore e quelle sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il Ricovero purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che le ha determinate.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 2.1.1 "Ricovero".

Alta Specializzazione

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento, nei limiti dello specifico Massimale indicato in Polizza per Annualità Assicurativa, delle spese per le prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 2.1.2 "Alta Specializzazione".

Cure Oncologiche

La Società, tramite UniSalute, 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.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 2.1.3 "Cure Oncologiche".

Second Opinion

In presenza di una grave Malattia accertata, l'Assicurato può richiedere ad UniSalute di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, concernenti una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all' Art. 2.1.4 "Second Opinion".

Sindrome Metabolica

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

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all' Art. 2.1.5 "Sindrome Metabolica".

Ospedalizzazione Domiciliare

La Società, tramite 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.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all' Art. 2.1.6 "Ospedalizzazione Domiciliare".

Tariffe Agevolate

La Società garantisce all'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso i Centri Sanitari Convenzionati 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.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all' Art. 2.1.8 "Tariffe agevolate".

Garanzie Supplementari (a pagamento)

Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento, entro i Massimali e nei limiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione, le spese relative a visite specialistiche e accertamenti diagnostici, non connesse a Ricovero e conseguenti a Malattia o Infortunio, con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Per l'attivazione della garanzia occorre una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia al punto a) "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" dell'Art. 2.4.1 "Garanzia Plus".

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di Infortunio

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento, entro i Massimali e nei limiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione, le spese relative a trattamenti fisioterapici, a seguito di Infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente all'infortunio denunciato e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia al punto b) "Trattamenti Fisioterapici" dell'Art. 2.4.1 "Garanzia Plus".

Prevenzione

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento delle spese per particolari esami diagnostici da effettuarsi una volta l'anno in Centri Sanitari Convenzionati e indicati dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia al punto c) "Prevenzione" dell'Art. 2.4.1 "Garanzia Plus".

Prevenzione Odontoiatrica

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento di una visita specialistica odontoiatrica e di una seduta di ablazione del tartaro o in alternativa di una seduta di trattamento per l'igiene orale all'anno in Centri Sanitari Convenzionati e indicati dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

La garanzia opera una sola volta per Annualità assicurativa.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia al punto d) "Prevenzione Odontoiatrica" dell'Art. 2.4.1 "Garanzia Plus".

Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento, entro i Massimali e nei limiti indicati nelle Condizioni di Assicurazione, le spese per gli interventi chirurgici odontoiatrici indicati al punto e) "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero" dell'Art. 2.4.1 "Garanzia Plus" effettuati nei Centri Sanitari Convenzionati.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quest'ultimo articolo.

Condizioni Specifiche (con sconto)

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

Il Contraente può scegliere di personalizzare la propria copertura assicurativa inserendo una Franchigia fissa in determinate ipotesi.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 2.5.1 "Franchigia su Ricoveri, Day-Hospital e Interventi Chirurgici Ambulatoriali in Istituto di Cura".

Massimale unico per Nucleo Familiare

Il Contraente può scegliere di personalizzare la propria copertura assicurativa mettendo in comune i Massimali indicati in Polizza tra gli Assicurati che compongono il proprio Nucleo Familiare.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 2.5.2 "Massimale unico per Nucleo Familiare".

SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA GRANDI INTERVENTI

Garanzie Base

Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso

La Società, tramite UniSalute, indennizza, entro i massimali e nei limiti indicati in Polizza, le spese sostenute dall'Assicurato per Ricovero in Istituto di Cura a seguito di un Grande Intervento Chirurgico o di un Grave Evento Morboso (intesi per tali quelli di cui all'allegato A del Fascicolo Informativo). Sono comprese le spese sostenute durante il Ricovero relative a esami ed accertamenti, onorari medici, prestazioni mediche e infermieristiche, vitto e pernottamento di un accompagnatore, trasporto sanitario e quelle sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il ricovero purché rese necessarie dalla Malattia o dall'Infortunio che le ha determinate.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 3.1.1 "Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso".

Second Opinion

Vedasi la SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 3.1.2 "Second Opinion".

Sindrome Metabolica

Vedasi la SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all' Art. 3.1.3 "Sindrome Metabolica".

Ospedalizzazione Domiciliare

Vedasi la SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all' Art. 3.1.4 "Ospedalizzazione Domiciliare".

Tariffe Agevolate

Vedasi la SEZIONE SPESE SANITARIE FORMULA COMPLETA.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all' Art. 3.1.5 "Tariffe agevolate".

SEZIONE ASSISTENZA (SEMPRE OPERANTE)

Garanzia Base

La Società, tramite UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato, nei limiti previsti per le singole prestazioni, i servizi di Assistenza nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 4.1 "Garanzia base"

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo/Rimborso.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia agli Artt. 1.1 "Decorrenza dell'Assicurazione nonché 2.2 e 3.2 "Esclusioni", 2.3 e 3.3 "Persone non assicurabili".

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifici Scoperti, Franchigie, Massimali, limitazioni temporali e di parametri, per il dettaglio dei quali si rinvia, oltre che alla Polizza, agli Artt. 2.1.1 "Ricovero", 2.1.2 "Alta Specializzazione", 2.1.3 "Cure Oncologiche", 3.1.1 "Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso", 2.1.4 e 3.1.2 "Second Opinion", 2.1.5 e 3.1.3 "Sindrome Metabolica", 2.1.6 e 3.1.4 "Ospedalizzazione Domiciliare", 4 "Sezione Assistenza", nonché - se operanti - all'Art. 2.4.1 "Garanzia Plus" punti a) "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici", b) "Trattamenti fisioterapici", c) "Prevenzione", d) "Prevenzione Odontoiatrica" ed e) "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero". Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente/Assicurato, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di Franchigie, Scoperti e Massimali mediante esemplificazioni numeriche.

Es. n°1 - Meccanismo di funzionamento dello Scoperto con minimo e massimo (applicazione del minimo):

- Limite di Indennizzo / Rimborso: € 100.000,00
- Richiesta di rimborso: € 4.000,00
- Scoperto: 20% con il minimo di € 1.000,00 e massimo di € 6.000,00
- Indennizzo/ Rimborso riconosciuto: € 4.000,00 - € 1.000,00 = € 3.000,00 (in quanto lo Scoperto del 20% del danno, pari a € 800,00, è inferiore al minimo non indennizzabile).

Es. n°2 - Meccanismo di funzionamento dello Scoperto con minimo e massimo (applicazione del massimo):

- Limite di Indennizzo / Rimborso: € 100.000,00
- Richiesta di Rimborso: € 60.000,00
- Scoperto: 20% con il minimo di € 1.000,00 e massimo di € 6.000,00
- Indennizzo / Rimborso riconosciuto: € 60.000,00 - € 6.000,00 = € 54.000,00 (in quanto il massimo non indennizzabile di € 6.000,00 è minore dello scoperto del 20%).

Es. n°3 - Meccanismo di funzionamento dello Scoperto (richiesta Rimborso superiore all'importo massimo di Indennizzo / Rimborso):

- Limite di Indennizzo / Rimborso: € 10.000,00

- Richiesta di Rimborso: € 20.000,00
- Scoperto: 20% con il minimo di € 1.000,00 e il massimo di € 6.000,00
- Applicazione dello Scoperto alla richiesta: € 20.000,00 - € 4.000,00 [20% di 20.000,00]= € 16.000,00
- Indennizzo / Rimborso riconosciuto: € 10.000,00 (in quanto l'importo della richiesta di Rimborso dedotto lo Scoperto è superiore al massimo indennizzabile in base al limite di Indennizzo / Rimborso).

Es. n°4 - Meccanismo di funzionamento della Franchigia (richiesta Rimborso superiore a Franchigia):

- Limite di Indennizzo / Rimborso: € 1.500,00
- Richiesta di Rimborso: € 100,00
- Franchigia: € 60,00
- Indennizzo / Rimborso riconosciuto: € 100,00 - € 60,00 = € 40,00

Es. n°5 - Meccanismo di funzionamento della Franchigia (richiesta Rimborso inferiore a Franchigia):

- Limite di Indennizzo / Rimborso: € 1.500,00
- Richiesta di Rimborso: € 50,00
- Franchigia: € 60,00
- Indennizzo / Rimborso riconosciuto: nessuno, in quanto l'importo richiesto è inferiore alla Franchigia

Es. n°6 - Meccanismo di funzionamento della Franchigia (richiesta Rimborso superiore all'importo massimo di Indennizzo / Rimborso):

- Limite di Indennizzo / Rimborso: € 2.500,00
- Richiesta di Rimborso: € 5.000,00
- Franchigia: € 1.500,00
- Applicazione della Franchigia alla richiesta: € 5.000,00 - € 1.500,00 = € 3.500,00
- Indennizzo / Rimborso riconosciuto: € 2.500,00 (in quanto l'importo della richiesta di Rimborso dedotta la Franchigia è superiore al massimo indennizzabile in base al limite di Indennizzo / Rimborso).

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza: Il contratto prevede un periodo di carenza o aspettativa, 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. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 1.2 "Termini di aspettativa".

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Avvertenza: Si avverte il Contraente che eventuali dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze del Rischio, se influenti sulla corretta valutazione dell'entità del Rischio da parte della Società, possono comportare la perdita o la riduzione della somma spettante in caso di Sinistro e la cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Si avverte il Contraente che le dichiarazioni inesatte e le reticenze, da lui rese in sede di conclusione del contratto, relative a circostanze che, se conosciute dalla Società, l'avrebbero indotta a valutare più grave il Rischio assicurato e maggiore il Premio per coprirlo, possono determinare la riduzione, la perdita dell'Indennizzo, la cessazione dell'assicurazione, secondo quanto previsto dagli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.8 "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio".

Avvertenza: è necessario che l'Assicurato risponda in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal Questionario sanitario, che forma parte integrante della Polizza

6. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazione nella professione

Avvertenza: il Premio viene determinato in funzione dell'età dell'Assicurato e della provincia in cui egli risiede. La variazione della provincia di residenza può incidere sulla valutazione del Rischio e pertanto il Contraente è tenuto a darne comunicazione alla Società. Il diritto all'indennizzo viene riconosciuto indipendentemente dall'eventuale variazione nella professione del Contraente/Assicurato.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 1.9 "Aggravamento/diminuzione del Rischio".

1° esempio di aggravamento del Rischio

Al momento della conclusione del contratto l'Assicurato risiede in una provincia che comporta l'applicazione di un determinato Premio. Successivamente alla stipula del contratto l'Assicurato modifica la provincia di residenza trasferendosi in una zona in cui è previsto un Premio più alto. Se l'Assicurato non comunica alla Società questa modifica, in caso di Sinistro la stessa potrà ridurre l'Indennizzo in proporzione al maggior Premio che avrebbe avuto il diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 1.9 "Aggravamento/diminuzione del Rischio".

2° esempio di diminuzione del Rischio

Al momento della conclusione del contratto l'Assicurato risiede in una provincia che comporta l'applicazione di un determinato Premio. Successivamente alla stipula del contratto l'Assicurato modifica la provincia di residenza trasferendosi in una zona in cui è previsto il pagamento di un Premio inferiore. Se l'Assicurato comunica questa modifica, la Società procederà, a decorrere dalla scadenza del Premio o della rata di Premio successiva alla comunicazione, ad una riduzione del Premio data l'avvenuta diminuzione del Rischio. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia all'Art. 1.9 "Aggravamento/diminuzione del Rischio".

7. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'articolo 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario. Previa accordo della Società il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente tramite procedura automatica (previo pagamento anticipato di una somma pari a tre dodicesimi - più eventuale frazione di mese - del Premio annuo lordo all'atto del perfezionamento del contratto). In alternativa il Premio annuo può essere frazionato in rate semestrali senza addebito diretto su conto corrente 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.

Avvertenza: 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 (articolo 1899, 1° comma, del Codice Civile).

8. Adeguamento del Premio e delle Somme assicurate

Il Premio è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato.

Le somme assicurate ed i Massimali non sono soggetti ad alcun adeguamento e/o indicizzazione per tutta la durata contrattuale.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio - in particolare per la tabella esplicativa della misura dell'adeguamento del Premio a seconda dell'età - si rinvia a quanto previsto dall'Art. 1.7 "Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento".

9. Diritto di Recesso

Avvertenza: In caso di Sinistro le parti non hanno facoltà di recedere, ai sensi dell'Art. 1.12 "Recesso in caso di Sinistro".

Resta fermo quanto previsto all' Art. 1.8 "Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio". **Se il contratto è**

stato stipulato con durata pluriennale e solo se ha durata superiore a cinque anni, il Contraente ha facoltà di recedere trascorsi i cinque anni, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni (Art. 1899, 1° comma del Codice Civile). Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'Art. 1.3 "Durata del contratto e sconto per poliennalità".

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile 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. Per le assicurazioni di responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il danneggiato ha richiesto il risarcimento del danno all'Assicurato o ha promosso contro questo l'azione. Per l'assicurazione di tutela legale il termine decorre dal momento in cui sorge il debito per le spese legali. L'Assicurato deve dare avviso scritto del Sinistro a pena di decadenza entro dieci giorni da quando ne è venuto a conoscenza, pena la perdita del diritto all'Indennizzo o la sua riduzione ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

11. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'articolo 180 del D. Lgs. N. 209/2005 il contratto sarà soggetto alla 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.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Il contratto prevede due diverse garanzie, per ciascuna delle quali il relativo Premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) Malattia e Infortuni: 2,50%;
- b) Assistenza: 10%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: Isi precisa che, in caso di Ricovero o Day-Hospital, il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di inizio del Ricovero o del Day-Hospital o diversamente il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione sanitaria assicurata.

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. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al punto a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata" dell'Art. 5.2 "Modalità di utilizzo della copertura".

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. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al punto b) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata" dell'Art. 5.2 "Modalità di utilizzo della copertura".

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.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al punto c) Prestazioni in Centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso" dell'Art. 5.2 "Modalità di utilizzo della copertura".

Ospedalizzazione domiciliare

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

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 5.3 "Ospedalizzazione domiciliare".

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.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 5.4 "Second Opinion".

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.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 5.5 "Sindrome Metabolica".

Tariffe Agevolate

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

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 5.6 "Tariffe Agevolate".

Assistenza

Per usufruire delle prestazioni di 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.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli Artt. 5.11 "Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato" e 5.12 "Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza".

14. Assistenza diretta – Convenzioni

Avvertenza: 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. Quando il Contraente/Assicurato non si avvalga in tutto o in parte dei centri e medici convenzionati, il rimborso verrà effettuato secondo quanto previsto agli Artt. 2.1.1 "Ricovero"; 2.1.2 "Alta Specializzazione"; 2.1.3 "Cure Oncologiche"; 3.1.1 "Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso"; 2.1.6 e 3.1.4 "Ospedalizzazione Domiciliare"; punto a) "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" dell'Art. 2.4 "Garanzie Supplementari (a pagamento)"; punto b) "Trattamenti Fisioterapici" dell'Art. 2.4 "Garanzie Supplementari (a pagamento)" e punto e) "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero" dell'Art. 2.4 "Garanzie Supplementari (a pagamento)".

Si rinvia altresì al sito internet della società www.unisalute.it per l'elenco aggiornato dei Centri Sanitari Convenzionati.

15. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto (i) la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero (ii) un servizio assicurativo, ovvero (iii) il comportamento dell'Agente (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 relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

Per poter dare seguito alla richiesta, nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di Polizza.

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da

esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1. Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

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

Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

Si ricorda che nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, fatta salva in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria, il reclamante potrà ricorrere ai seguenti sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie:

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di arbitrato di cui al punto seguente prevista dalle Condizioni di Assicurazione all'Art. 5.8 "Arbitrato irrituale" relativamente alla Sezione Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

16. Arbitrato irrituale

Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale secondo la procedura definita all'Art. 5.8 "Arbitrato irrituale". Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche qualora questi non sia Contraente.

Avvertenza: resta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi e di rivolgersi all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

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.

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

Ed. 15/04/2018

Il rappresentante legale

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Direttore Generale
Matteo Laterza



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. e P. IVA 00818570012 - 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



2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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 diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed accettate dalla Società;
- centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per il parto e l'aborto terapeutico.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa dalla stessa Società e riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il termine di aspettativa di cui sopra opera:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e diverse prestazioni da essa previste.

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

Art. 1.3 - Durata del contratto e sconto per poliennialità¹⁻²

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

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. 1.7 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 - Pagamento del Premio³

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. 1.5 - Frazionamento del Premio⁴

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

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.

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.

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. 1.6 (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 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/ xxxxxxxxx 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.

3. 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.
4. 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.
5. 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.».

6. 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/xxxxxxxx, 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».
7. 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. 1.7 - 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%

Art. 1.8 - 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. 1.9 - 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 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.

Art. 1.10 - 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. 1.11 - 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. 1.12 - Recesso in caso di Sinistro

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

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.

Art. 1.16 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

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 LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA", nella quale è riportato il testo integrale dei suddetti articoli.



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) Ricovero ⁷;
- 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, 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, tripodii, 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 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.

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 €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

	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	€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, la manutenzione e la riparazione di protesi ortopediche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di cura. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodi, plantari, ecc.

La garanzia è prestata fino al raggiungimento di € 3.000,00 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?

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.

- 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 prestazioni¹⁹

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;

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.);

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".

- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

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 ritengono 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.

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 al punto 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 al successivo punto 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 al successivo punto 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 al successivo punto 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 al successivo punto 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 retto-coliche 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

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

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.



INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

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

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽³⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. 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 od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite), nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁶⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁴⁾.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

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

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati

in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it.

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il suo agente/intermediario, 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.

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.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le finalità e nel rispetto delle disposizioni di legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
- 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 la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffrarie.
- 4) 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, registrazione 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 il riscontro.
- 5) 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 Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., Finitalia 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.

- 6) 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, 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; 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 il Riscontro). 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 comunitaria, al D. Lgs. 196/2003 ed alle autorizzazioni generali del Garante Privacy.
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.



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. e P. IVA 00818570012 - 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