

Fascicolo Informativo

Contratto di Assicurazione Sanitaria

Polizza Malattia SPESE SANITARIE **Estesa**

Data edizione fascicolo 01/08/2018

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 Assicurazioni S.p.A.

SOMMARIO

Nota informativa	pag. 1
• A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	pag. 1
• B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	pag. 2
• C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	pag. 7
• Glossario	pag.11
Condizioni di Assicurazione	pag. 1
• 1 Norme che regolano il contratto in generale	pag. 1
• 1.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	pag. 1
• 1.2 Modifiche dell'Assicurazione	pag. 1
• 1.3 Pagamento del Premio e perfezionamento del contratto	pag. 1
• 1.4 Decorrenza delle garanzie e Termini di aspettativa	pag. 1
• 1.5 Frazionamento del Premio	pag. 2
• 1.6 Aggravamento/diminuzione del Rischio	pag. 2
• 1.7 Variazione delle persone assicurate	pag. 2
• 1.8 Forma delle comunicazioni	pag. 2
• 1.9 Recesso	pag. 2
• 1.10 Altre Assicurazioni	pag. 2
• 1.11 Durata dell'Assicurazione	pag. 2
• 1.12 Imposte, tasse, oneri fiscali e parafiscali	pag. 2
• 1.13 Estensione territoriale	pag. 3
• 1.14 Foro competente	pag. 3
• 1.15 Rinvio alle norme di legge	pag. 3
Cosa Fare in caso di Sinistro	pag. 4
• 2 Norme per la liquidazione dei Sinistri	pag. 4
• 2.1 Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato	pag. 4
• 2.2 Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute	pag. 4
• 2.3 Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute	pag. 4
• 2.4 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale	pag. 5
• 2.5 Arbitrato irrituale	pag. 5
• 2.6 Gestione documenti di spesa	pag. 5
• 2.7 Obbligo di restituzione delle somme indebitamente pagate	pag. 5
• 2.8 Second Opinion. Criteri di indennizzabilità	pag. 6
• 2.9 Sindrome Metabolica	pag. 6
• 2.10 Riconoscimento dello Stato di non autosufficienza consolidato/permanente	pag. 7
• 2.10.1 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione dei servizi	pag. 8
• 2.10.2 Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali	pag. 8
• 2.10.3 Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA	pag. 9
• 2.10.4 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza	pag. 9
• 3 Sezione Spese Sanitarie	pag. 10
• 3.1 Garanzia Base. Ospedaliera	pag. 10
• 3.2 Ricovero	pag. 10
• 3.2.1 Modalità di erogazione delle prestazioni	pag. 12
• 3.2.2 Indennità sostitutiva	pag. 12
• 3.2.3 Massimale	pag. 13
• 3.3 Alta specializzazione	pag. 13
• 3.4 Second Opinion	pag. 14
• 3.5 Sindrome metabolica – parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica	pag. 14
• 3.6 Ospedalizzazione Domiciliare	pag. 14
Garanzie opzionali	pag. 15
A) Prestazioni domiciliari	pag. 15
• 3.7 Prestazioni Domiciliari	pag. 15
B) Non autosufficienza/Odontoiatria	pag. 16
• 3.8 Non autosufficienza consolidata/permanente	pag. 16
• 3.8.1 Condizioni di assicurabilità	pag. 16

• 3.8.2 Massimale mensile assicurato	pag.17
• 3.8.3 Definizione dello stato di non autosufficienza	pag.17
• 3.8.4 Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / Rimborso spese in caso di permanenza in RSA	pag.19
• 3.9 Prevenzione Odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel Piano di cura	pag. 21
• 3.10 Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero	pag. 21
• 4 Esclusioni e limiti contrattuali operanti per tutte le sezioni	pag. 22
• 4.1 Rischi esclusi	pag. 22
• 4.2 Persone non assicurabili	pag. 22
• 4.3 Limiti di età	pag. 22
ALLEGATO A – Elenco Grandi Interventi Chirurgici	pag. 23
Informativa privacy	pag. 1

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di Assicurazione Malattia "Polizza Malattia Spese Sanitarie Estesa" (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 che riguardano limitazioni ed esclusioni sono identificate nella presente Nota in questo modo **Avvertenze** e nelle Condizioni di Assicurazione sono in questo modo **evidenziate**, e sono da leggere con particolare attenzione.

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

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

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

Il Contraente provvederà a comunicare le modifiche segnalate agli eventuali altri assicurati ai quali sia stata estesa la copertura.

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

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n.046.

b) Sede Legale in via Stalingrado n. 45 – 40128 Bologna (Italia).

c) Recapito telefonico 051-5077111 Telefax 051-7096584,

siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica info-danni@unipolsai.it.

d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n.357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G. U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di assicurazione presso l'IVASS al n.1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto della Società è pari ad € 5.752.829.291,00 , con capitale sociale pari ad € 2.031.456.338,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 3.144.173.990,45. L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2017, 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 2,63 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 in data 7 Febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Per le modifiche relative alle informazioni sulla Società e sulla situazione patrimoniale si rinvia al sito internet: <https://www.unipolsai.it/aggiornamento-fascicoli-informativi>

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

Si rinvia all'Art. 1.11 "Durata dell'Assicurazione" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

Si precisa inoltre che la Società ha affidato la gestione, trattazione e la liquidazione dei sinistri ad:

**"UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai
- c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 – 40131 Bologna BO".**

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

L'Assicurazione è operante in caso di Malattia e in caso di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto. E' prevista una "Garanzia base - Ospedaliera" con la possibilità di estendere ulteriormente la copertura alle prestazioni previste nel paragrafo "Garanzie Opzionali" (A - "Prestazioni domiciliari e B – "Non autosufficienza/Odontoiatrica").

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

- **ASSISTENZA DIRETTA:** le prestazioni sanitarie vengono erogate attraverso la rete convenzionata che è un insieme di strutture sanitarie che UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato tramite la Centrale Operativa; in tal caso, UniSalute indennizza direttamente le strutture convenzionate;
- **ASSISTENZA INDIRETTA:** per le garanzie in cui è previsto (art. 3.2 "Ricovero"; 3.3 "Alta Specializzazione"; 3.7 "Prestazioni Domiciliari"; punto 4 dell'art. 3.8.4 "Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / Rimborso spese in caso di permanenza in RSA"), 3.10 "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero" l'Assicurato può rivolgersi a strutture sanitarie non appartenenti alla rete convenzionata con UniSalute, oppure a strutture sanitarie del Servizio Sanitario Nazionale. In tal caso, l'Indennizzo viene erogato nella forma del rimborso successivo all'Assicurato, con le limitazioni previste agli articoli sopra indicati.

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

GARANZIE BASE - OSPEDALIERE – ALTA SPECIALIZZAZIONE

Ricovero in Istituto di Cura

La Società, tramite UniSalute, indennizza, nei limiti del Massimale assicurato e con l'applicazione degli Scoperti e delle Franchigie indicati nelle Condizioni di Assicurazione, le spese per Ricovero con o senza Intervento Chirurgico (compreso parto e aborto terapeutico), Day-Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale. Sono comprese le spese sostenute durante il Ricovero relative a esami ed accertamenti, onorari medici, Assistenza infermieristica, vitto e pernottamento di un accompagnatore, trasporto sanitario e quelle sostenute nei 120 giorni precedenti e successivi il Ricovero purché resi necessari dall'evento che ha determinato il Ricovero stesso.

Si rinvia all'art. 3.2 "Ricovero" della Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Alta Specializzazione

La Società, tramite UniSalute, liquida, nei limiti del Massimale assicurato e con l'applicazione degli Scoperti e delle Franchigie indicati nelle condizioni di Assicurazione, le spese relative a prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero ospedaliero, e conseguenti a Malattia o Infortunio.

Si rinvia all'art. 3.3 "Alta Specializzazione" della Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Second Opinion

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

Si rinvia agli artt. 2.8 "Second Opinion – Criteri di indennizzabilità" e 3.4 "Second Opinion" della Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio e per consultare l'elenco delle patologie per le quali è fornita la garanzia.

GARANZIE SUPPLEMENTARI E ACQUISTABILI COME GARANZIA OPZIONALE A) e/o GARANZIA OPZIONALE B) ECLUSIVAMENTE DAI SOTTOSCRITTORI DELLA GARANZIA OSPEDALIERE**GARANZIA OPZIONALE A) PRESTAZIONI DOMICILIARI****Visite specialistiche e accertamenti diagnostici**

La Società, tramite UniSalute, indennizza, nei limiti del Massimale assicurato e con l'applicazione degli Scoperti e delle Franchigie indicati nelle Condizioni di Assicurazione, le spese relative a visite specialistiche e Accertamenti diagnostici, non connesse a Ricovero ospedaliero, e conseguenti a Malattia o Infortunio, con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Per l'attivazione della garanzia occorre una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Si rinvia al punto 1 "Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici" dell'art. 3.7 "Prestazioni domiciliari" della Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di Infortunio

La Società, tramite UniSalute, indennizza, nei limiti del Massimale assicurato e con l'applicazione degli Scoperti e delle Franchigie indicati nelle Condizioni di Assicurazione, le spese relative a trattamenti fisioterapici, a seguito di Infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di pronto soccorso, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente all'Infortunio denunciato e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Si rinvia al punto 2 "Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi a seguito di Infortunio" dell'art. 3.7 "Prestazioni domiciliari" della Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Prevenzione

La Società, tramite UniSalute, liquida le spese per particolari esami diagnostici da effettuarsi una volta l'Anno in Strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, sono nate per appurare l'eventuale esistenza di stati patologici ancorché non ancora conclamati e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla Polizza. Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Si rinvia al punto 3 "Prevenzione" dell'art. 3.7 "Prestazioni domiciliari" della Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

GARANZIA OPZIONALE B) NON AUTOSUFFICIENZA/ODONTOIATRIA**Non autosufficienza consolidata/permanente**

La Società, in caso di perdita permanente dell'autosufficienza nel compimento di almeno una parte dei seguenti sei Atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi), garantisce, tramite UniSalute, l'erogazione delle prestazioni previste nelle Condizioni generali di Polizza nel limite del Massimale mensile previsto per il tramite delle strutture convenzionate con la Società, oppure, in caso di permanenza in RSA, il rimborso della retta fino alla concorrenza del Massimale mensile.

Si rinvia all'art. 3.8 "Non autosufficienza consolidata/permanente" delle Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

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

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale all'Anno in Strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per appurare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla Polizza. Inoltre, su richiesta dell'Assicurato, provvede all'invio alla Struttura sanitaria, prescelta tra quelle facenti parte delle convenzionate, di un'autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe convenzionate per

effettuare le prestazioni odontoiatriche previste nel Piano di cura ma non in copertura nel piano sanitario, con un risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Si rinvia all'art. 3.9 "Prevenzione Odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel Piano di cura" della Sezione Spese Sanitarie per gli aspetti di dettaglio.

Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero

La Società, tramite UniSalute, liquida le spese sostenute, nei limiti del Massimale assicurato e con l'applicazione degli Scoperti e delle Franchigie indicati nelle condizioni di Assicurazione, le spese per gli interventi chirurgici odontoiatrici indicati all'art. 3.10 "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero".

Si rinvia a quest'ultimo articolo per gli aspetti di dettaglio.

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

Si rinvia agli artt. 1.3 "Pagamento del Premio e perfezionamento del contratto" delle Condizioni di Assicurazione, nonché 4.1 "Rischi esclusi", 4.2 "Persone non assicurabili" e 4.3 "Limiti di età" delle "Esclusioni e limiti contrattuali operanti per tutte le sezioni" per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza le suddette coperture sono prestate con specifici Scoperti, Franchigie, Massimali, limitazioni temporali e di parametri, per il dettaglio dei quali si rinvia, oltre che alla Scheda di Polizza, agli artt. 3.2 "Ricovero", 3.3 "Alta Specializzazione", 3.4 "Second Opinion", nonché - se operanti - all'art. 3.7 "Prestazioni Domiciliari", all'art. 3.8 "Prevenzione Odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel Piano di cura", all'art. 3.8 "Non autosufficienza consolidata/permanente" e all'art. 3.10 "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero".

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente/Assicurato, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento di Franchigie, Scoperti e Massimali mediante esemplificazioni numeriche, nonché il funzionamento della garanzia "Non autosufficienza consolidata/permanente",

Meccanismo di funzionamento dello Scoperto con minimo e massimo:

1° esempio

Somma assicurata: € 100.000,00

Richiesta di rimborso: € 4.000,00

Scoperto: 20% con il minimo di € 1.000,00 e massimo di € 10.000,00

Indennizzo: € 4.000,00 - € 1.000,00 = € 3.000,00 (perché lo Scoperto del 20% del danno, pari a € 800,00, è inferiore al minimo non indennizzabile).

2° esempio

Somma assicurata: € 100.000,00

Richiesta di rimborso: € 60.000,00

Scoperto: 20% con il minimo di € 1.000,00 e massimo di € 10.000,00

Indennizzo: € 60.000,00 - € 10.000,00 = € 50.000,00 (perché il massimo non indennizzabile di € 10.000,00 è minore dello Scoperto del 20%).

Meccanismo di funzionamento della Franchigia:

1° esempio

Somma assicurata: € 1.500,00

Richiesta di rimborso: € 100,00

Franchigia: € 60,00

Indennizzo: € 100,00 - € 60,00 = € 40,00

2° esempio

Somma assicurata: € 1.500,00

Richiesta di rimborso: € 50,00

Franchigia: € 60,00

Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla Franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello Scoperto:

1° esempio

Somma assicurata: € 1.500,00

Richiesta di rimborso: € 500,00

Scoperto: 20% con il minimo di € 60,00

Indennizzo: € 500,00 - 20% = € 400,00 (perché lo Scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).

2° esempio

Somma assicurata: € 1.500,00

Richiesta di rimborso: € 100,00

Scoperto: 20% con il minimo di € 60,00

Indennizzo: € 100,00 - € 60,00 = € 40,00 (perché lo Scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Somma assicurata: € 1.500,00

Richiesta di rimborso: € 4.000,00

Indennizzo: € 1.500,00.

Meccanismo di funzionamento della garanzia “Non autosufficienza consolidata/permanente”

1° esempio

Come conseguenza di un ictus un nostro Assicurato perde permanentemente l'autonomia fino al punto di vedersi assegnare, in base allo Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza (art. 3.8.3 “Definizione dello stato di non autosufficienza”), un punteggio pari ad almeno 40 punti in relazione ai sei Atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi).

Questa condizione pertanto giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza.

2° esempio

Un nostro Assicurato rimane vittima di un incidente stradale con grave trauma cranico e lesioni cerebrali, la condizione gli causa una perdita di autonomia tale da vedersi assegnare, in base allo Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza (art. 3.8.3 “Definizione dello stato di non autosufficienza”), un punteggio pari ad almeno 40 punti in relazione ai sei Atti elementari della vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi).

Questa condizione pertanto giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza.

3° esempio

Come conseguenza di una patologia neurologica quale a titolo esemplificativo la SLA (sclerosi laterale amiotrofica), un nostro Assicurato perde permanentemente l'autonomia fino al punto di vedersi assegnare, in base allo Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza (art. 3.8.3 “Definizione dello stato di non autosufficienza”), un punteggio inferiore a 20 punti in relazione ai sei Atti elementari della vita quotidiana. Tale condizione non giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza in quanto in base alla definizione di “non autosufficienza” l'Assicurato risulta essere “Autonomo”.

4° esempio

Un nostro Assicurato rimasto vittima di un incidente stradale con gravi traumi all'apparato scheletrico aveva al momento dell'attivazione della copertura un grado di invalidità permanente del 50%. Tale condizione non giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza nonostante l'incidente determini per l'Assicurato una perdita permanente di autonomia che vede assegnare un punteggio, in base allo Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza (art. 3.8.3 “Definizione dello stato di non autosufficienza”), superiore a 40 punti, in quanto al momento della decorrenza della copertura assicurativa non erano soddisfatte le condizioni di assicurabilità previste in Polizza all'art. 3.8.1. “Condizioni di assicurabilità”.

Avvertenza: il presente contratto può essere stipulato solo fino al compimento del settantaquattresimo Anno e rinnovato solo fino al compimento del settantacinquesimo Anno di età dell'Assicurato. Si rinvia all'art. 4.3 “Limiti di età” delle “Esclusioni e limiti contrattuali” operanti per tutte le garanzie.

4. Periodi di carenza contrattuali

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

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del Rischio - Questionario Sanitario

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

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

6. Aggravamento e diminuzione del Rischio e variazione nella professione

Avvertenza: il Premio viene determinato in funzione dell'età dell'Assicurato. Il diritto all'Indennizzo viene riconosciuto indipendentemente dall'eventuale variazione nella professione del Contraente/Assicurato. Si rinvia all'articolo 1.6 "Aggravamento/diminuzione del Rischio" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

1° esempio di aggravamento del Rischio

Al momento della conclusione del contratto l'Assicurato risiede in una provincia che comporta l'applicazione di un determinato Premio. Successivamente alla stipula del contratto l'Assicurato modifica la provincia di residenza trasferendosi in una zona in cui è previsto un Premio più alto. Se l'Assicurato non comunica alla Società questa modifica, in caso di Sinistro la stessa potrà ridurre l'Indennizzo in proporzione al maggior Premio che avrebbe avuto il diritto di esigere se avesse conosciuto tale circostanza. Si rinvia all'articolo 1.6 "Aggravamento/diminuzione del Rischio" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

2° esempio di diminuzione del Rischio

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

7. Premi

Il Premio deve essere pagato per intero ed in via anticipata ad ogni Annualità assicurativa all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente. La Società può concedere il pagamento frazionato del Premio annuale in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali anticipate, che comporterà tuttavia oneri aggiuntivi rispettivamente pari al 3%, al 4% e al 5% del Premio della singola rata.

Si rinvia all'articolo 1.3 "Pagamento del Premio e perfezionamento del contratto" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

È prevista l'applicazione di uno sconto sul Premio di tariffa in relazione al numero degli Assicurati.

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

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

8. Adeguamento del Premio e delle somme assicurate

Il Premio, le somme assicurate ed i massimali, salvo esplicita pattuizione diversa da sottoscrivere tra le parti, non sono soggetti ad alcun adeguamento e/o indicizzazione per tutta la durata contrattuale.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto di Assicurazione non è soggetto al diritto di recesso salvo il diritto per la Società di recedere nel caso in cui l'Assicurato renda dichiarazioni inesatte o reticenti. Inoltre, qualora lo stesso preveda la durata poliennale, è facoltà del Contraente di recedere, ad ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di almeno 30 giorni.

Si rinvia all'articolo 1.9 "Recesso" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della Polizza.

Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: si precisa che, in caso di Ricovero o Day-Hospital, il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di inizio del Ricovero o del Day-Hospital. Diversamente il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione sanitaria assicurata. Relativamente alla garanzia "Non autosufficienza consolidata/permanente" il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di denuncia del Sinistro alla Società.

DENUNCIA DEL SINISTRO

Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute per prenotare la prestazione o il Ricovero presso una Struttura sanitaria convenzionata. All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica qualora richiesta.

Le prestazioni autorizzate da UniSalute saranno liquidate da quest'ultima direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali Scoperti e Franchigie previsti nelle singole garanzie che rimangono a carico dell'Assicurato.

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

Per le modalità e termini riferiti all'attivazione del servizio di denuncia del Sinistro, si rimanda agli artt. 2.1 "Denuncia del Sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato" e 2.2 "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute" della Sezione "Cosa fare in caso di Sinistro".

Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute o effettuati da medici non convenzionati

Se l'Assicurato non si avvale in tutto o in parte di centri e medici convenzionati, deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata.

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

Tale modulo:

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

Il modulo di denuncia Sinistro/rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della Documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di Assicurazione, all'indirizzo: **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO – Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.**

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

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

Tale modulo:

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

Il modulo di denuncia Sinistro/rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della Documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di Assicurazione, all'indirizzo: **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO – Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.**

In caso di Ricovero a completo carico del SSN, l'Assicurato potrà richiedere, in alternativa al rimborso, l'erogazione dell'Indennità sostitutiva.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.4 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale" della Sezione "Cosa fare in caso di Sinistro".

Second Opinion

L'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800.822469 e inviare la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico di UniSalute.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 2.8 "Second Opinion - Criteri di indennizzabilità" e "Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro" della Sezione "Cosa fare in caso di Sinistro".

Riconoscimento dello Stato di non autosufficienza consolidata/permanente da parte della Società

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Assicurato, o l'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà contattare la Centrale Operativa di UniSalute e produrre i documenti giustificativi dello stato di salute dell'Assicurato.

Per il riconoscimento dello stato di non autosufficienza l'Assicurato dovrà produrre idonea Documentazione sanitaria, sia nel caso in cui venga assistito al proprio domicilio e benefici di un servizio di cure, che nel caso in cui sia ricoverato in lunga degenza o in RSA. Per questi ultimi 2 casi dovrà presentare un certificato medico da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il Ricovero.

La Documentazione sanitaria verrà valutata da UniSalute, la quale avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni oggetto del contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in Polizza, decorre dal momento in cui UniSalute avrà ricevuto la completa documentazione sanitaria, sempre che lo stesso si trovi in una situazione di non autosufficienza così come definito all'articolo 3.8.3 "Definizione dello Stato di non autosufficienza" e sia stata notificata da UniSalute la sussistenza della non autosufficienza.

Richiesta di erogazione di servizi sanitari medico/assistenziali e/o permanenza in RSA

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza consolidato da parte di UniSalute dà diritto all'Assicurato a richiedere ogni mese, nel limite del Massimale mensile assicurato, l'erogazione diretta delle prestazioni definite nel PAI, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato, contattando preventivamente la Centrale Operativa UniSalute al numero verde 800-822469 attivo tutti i giorni 24 ore su 24 (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) o, in caso di permanenza in RSA, il diritto a richiedere il rimborso delle spese sostenute su presentazione di fatture e/o ricevute anche in copia, per un valore massimo corrispondente al Massimale mensile assicurato.

UniSalute si riserva la facoltà di richiedere i documenti fiscali in originale debitamente quietanzati.

All'atto dell'erogazione di prestazioni da parte delle strutture convenzionate, l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato dovrà presentare i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.

Le prestazioni autorizzate da UniSalute, saranno liquidate da UniSalute direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali Scoperti, Franchigie e Massimali di spesa previsti nelle singole garanzie.

Richiesta di rimborso spese

In caso di richiesta di rimborso delle spese per la degenza in RSA, l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà inviare a UniSalute, oltre alla Documentazione sanitaria sopra indicata, le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni fornite.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata.

Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

UniSalute ha la facoltà di procedere a controlli presso l'Assicurato, di farlo visitare da un Medico di sua scelta, anche in presenza del Medico curante dell'Assicurato.

UniSalute può inoltre richiedere tutta la Documentazione sanitaria che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Assicurato comprese certificazioni di esistenza in vita emesse da organi pubblici. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, dell'Amministratore di sostegno, del Tutore legale o del familiare preposto alla cura dell'Assicurato, la copertura assicurativa potrà essere sospesa dalla data di richiesta della Società.

Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: il contratto prevede la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di cliniche convenzionate con UniSalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. UniSalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture sanitarie convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate. Quando il Contraente/Assicurato non si avvalga in tutto o in parte dei centri e medici convenzionati, il rimborso verrà effettuato secondo quanto previsto agli art. 3.2 "Ricovero"; 3.3 "Alta Specializzazione"; nonché - se operanti - all'art. 3.7 "Prestazioni Domiciliari", all'art. 3.9 "Prevenzione Odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel Piano di cura", all'art. 3.10 "Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero" e all'art. 3.10 "Non autosufficienza consolidata/permanente".

Si rinvia altresì al sito internet della Società www.unipolsai.it per l'elenco aggiornato delle cliniche convenzionate.

14. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto 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 un servizio assicurativo, 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 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.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

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 ove prevista dalle Condizioni di assicurazione.

15. Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Si rinvia all'articolo 2.5 "Arbitrato irrituale" delle "Norme che regolano la liquidazione dei sinistri" per gli aspetti di dettaglio.

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

GLOSSARIO

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

- **Accertamento diagnostico:** prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
- **Amministratore di sostegno:** persona nominata dal Giudice Tutelare per svolgere atti sia in sostituzione che congiuntamente alla persona non autosufficiente; questa figura è stata istituita per tutelare e aiutare le persone con gravi stati di disabilità o non autosufficienza quindi la persona assistita mantiene la sua capacità di agire e di decidere.
- **Anno:** periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile.
- **Assicurato:** soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.
- **Assicurazione:** il contratto di assicurazione.
- **Assistenza Infermieristica:** l'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specializzazione.
- **Atti elementari della vita quotidiana:** consistono nelle 6 seguenti attività;
 - Lavarsi
 - Vestirsi e svestirsi
 - Andare al bagno e usarlo
 - Spostarsi
 - Continenza
 - Nutrirsi
- **Best Doctors:** la Società che coadiuva UniSalute nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia "Second Opinion": Best Doctors, Calle Almagro 36, 28010 Madrid - Spagna.
- **Case Manager:** infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.
- **Centrale Operativa/Struttura organizzativa:** è la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla Polizza. La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:
 - organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture sanitarie convenzionate;
 - fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture sanitarie convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.
- **Contraente:** il soggetto che stipula la Polizza.
- **Day-Hospital:** le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.
- **Difetto fisico:** deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
- **Documentazione sanitaria:** cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).
- **Fascicolo Informativo:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.

- **Franchigia:** la parte del danno indennizzabile che per ogni Sinistro rimane a carico dell'Assicurato espressa in importo fisso. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.
- **Grandi Interventi Chirurgici:** interventi chirurgici riportati nell'Allegato A alle Condizioni di Assicurazione.
- **Indennità sostitutiva:** l'importo giornaliero erogato in caso di Ricovero corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il Ricovero stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post Ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di Polizza.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società, tramite UniSalute, all'Assicurato o ai suoi beneficiari in caso di Sinistro.
- **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Intervento chirurgico:** qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.
- **Intervento chirurgico ambulatoriale:** prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.
- **Istituto di Cura:** ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.
- **Lettera di Impegno:** documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a suo carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.
- **Libera professione intramuraria:** l'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di équipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.
- **Malattia:** qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia Malformazione o Difetto fisico, e non sia dipendente da Infortunio.
- **Malformazione:** deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
- **Massimale:** l'importo che rappresenta la spesa massima che, nel corso dello stesso anno assicurativo, la Società, tramite UniSalute, si impegna a prestare per ciascuna persona o Nucleo familiare, secondo l'opzione prescelta, per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
- **Massimale mensile :** l'importo stabilito negli specifici articoli di Polizza che rappresenta la somma mensile massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
- **Nucleo familiare:** il coniuge e i figli del Contraente/ Assicurato anche non risultanti dallo stato di famiglia, il convivente more uxorio e il convivente di fatto indicati in Polizza.
- **Piano assistenziale Individualizzato (PAI) :** è lo strumento operativo di eccellenza per l'area infermieristica; ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di assistenza che soddisfi tutte le necessità riscontrate. Il PAI permetterà

l'attivazione delle prestazioni medico/assistenziali che sono state valutate necessarie all'Assicurato non autosufficiente.

- **Periodo assicurativo - Annualità assicurativa:** in caso di Polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 dalla data di effetto della Polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.
- **Piano di cura:** (definizione relativa alla garanzia "Prevenzione odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel Piano di cura"): documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare.
- **Polizza:** il documento che prova l'Assicurazione.
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo per l'Assicurazione.
- **Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza:** Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo Tutore legale o dall'Amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.
- **Questionario Sanitario:** documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o, in caso di minore, da chi ne esercita la potestà genitoriale, prima di stipulare la Polizza. Il Questionario Sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.
- **Retta di degenza:** trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.
- **Ricovero:** la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.
- **Rischio:** la probabilità del verificarsi del Sinistro.
- **RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) :** Strutture non ospedaliere, ma comunque a carattere sanitario, che ospitano per un periodo variabile, da poche settimane al tempo indeterminato, le persone non autosufficienti che non possono essere assistite a domicilio fornendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e con un alto livello di assistenza tutelare e alberghiera.
- **Scoperto:** percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni Sinistro, rimane a suo carico.
- **Second Opinion:** consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.
- **Sinistro:** il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario avvenute e fatturate durante l'operatività del contratto per le quali è prestata l'Assicurazione e che comportano un'attività gestionale per UniSalute. In caso di Ricovero o Day-Hospital, il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di inizio del Ricovero o del Day-Hospital.
- **Società:** l'Impresa assicuratrice UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
- **Stato di non autosufficienza consolidato:** situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.
- **Struttura sanitaria convenzionata:** Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico, e relativi medici chirurghi, con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni, ove l'Assicurato previa richiesta ed autorizzazione ricevuta da UniSalute può accedere per fruire delle prestazioni sanitarie garantite dalla Polizza ed il cui costo viene liquidato direttamente dalla stessa.

- **Termini di aspettativa:** il periodo che intercorre tra la decorrenza del contratto e la decorrenza della garanzia assicurativa.
- **Tutore legale :** Il tutore legale viene nominato dal Tribunale quando per la persona disabile o non autosufficiente viene richiesta l'interdizione, cioè il tutore si assume la responsabilità di quella persona nelle decisioni che riguardano gli atti della vita quotidiana e per tutte le decisioni della sfera patrimoniale per il mantenimento della stessa. In questo caso la persona assistita ha una capacità di agire molto limitata.
- **UniSalute:** la Compagnia di assicurazione a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei Sinistri: "UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 – 40131 BO".

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

Ed. 01/08/2018

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



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Per i termini di seguito utilizzati valgono le definizioni riportate nel glossario.

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

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

Il Premio sarà determinato sulla base dell'età compiuta dall'Assicurato al termine del mese di effetto della Polizza e della provincia in cui risiede. La Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato.

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

Art. 1.2 - Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 1.3 - Pagamento del Premio e perfezionamento del contratto

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di effetto del contratto, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; in caso contrario decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del Premio, fermo restando quanto previsto all'art. 1.4 "Decorrenza della garanzia e Termini di aspettativa" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per quanto riguarda la decorrenza della garanzia. I Premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza oppure alla Società. Il pagamento del Premio può essere effettuato dal Contraente tramite:

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

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

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

Art. 1.4 - Decorrenza della garanzia e Termini di aspettativa

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

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

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

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

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

Neonati

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

Art. 1.5 - Frazionamento del Premio

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

Art. 1.6 - Aggravamento / diminuzione del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società dei mutamenti che incidono sulla valutazione del Rischio. La variazione della provincia di residenza può incidere sulla valutazione del Rischio, comportando un aumento o una diminuzione, e pertanto il Contraente è tenuto a darne comunicazione alla Società. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi delle disposizioni dell'art. 1898 del Codice Civile.

Nel caso in cui il trasferimento di residenza comporti una diminuzione del Rischio, se l'Assicurato comunica tale circostanza, la Società è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successive alla comunicazione dell'Assicurato o del Contraente, ai sensi delle disposizioni dell'art. 1897 del Codice Civile.

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

Art. 1.7 - Variazione delle persone assicurate

Le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate, che avvengano nel periodo di validità del contratto, devono essere comunicate per iscritto alla Società.

Art. 1.8 - Forma delle comunicazioni

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

Art. 1.9 - Recesso

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

Art. 1.10 - Altre Assicurazioni

In caso di Sinistro l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre Assicurazioni per lo stesso Rischio, indicando a ciascuna di esse il nome delle altre. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra può consentire alla Società di non corrispondere l'Indennizzo.

Art. 1.11 - Durata dell'Assicurazione

L'Assicurazione cessa:

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

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

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

Art. 1.13 - Estensione territoriale

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

Nel caso di permanenza dell'Assicurato all'estero per motivi di lavoro, di studio o di turismo, la garanzia è operante per spese sanitarie sostenute per assistenza medica d'urgenza conseguente a Malattia o a Infortunio. L'urgenza deve essere certificata dalla struttura sanitaria che fornisce le prestazioni. Le prestazioni senza carattere d'urgenza erogate all'estero verranno rimborsate senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia solamente in seguito ad autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, che sarà concessa nel caso in cui le terapie mediche e/o chirurgiche di cui l'Assicurato necessita non possano essere ottenute in Italia per la particolare tecnica medica o, pur potendo essere ottenute in Italia, in tempi che ne compromettano l'efficacia terapeutica.

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

Art. 1.14 - Foro competente

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

Art. 1.15 - Rinvio alle norme di legge

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

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

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

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

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800.822469 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0516389046) e specificare la prestazione richiesta.

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

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

Art. 2.2 - Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della Malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. In caso di Ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti. In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

UniSalute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di Polizza. La Struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di Polizza, eccedenti il Massimale assicurato o non autorizzate.

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

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

Art. 2.3 - Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute

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

• modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte.

Tale modulo:

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

o, in alternativa,

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

• in caso di Ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

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

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

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

Art. 2.4 - Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

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

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

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

Art. 2.5 - Arbitrato irrituale

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

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

I risultati delle operazioni del Collegio Medico devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici 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. 2.6 - Gestione documenti di spesa

A - Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B - Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

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

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

Art. 2.7 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di prestazione sanitaria effettuata in Istituto di Cura convenzionato o non, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale,

ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2033 del Codice Civile, dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate all'Istituto di Cura o rimborsate al Cliente stesso.

Art. 2.8 - Second Opinion

Criteria di indennizzabilità

UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1) Consulenza Interna. UniSalute, attraverso Best Doctors, fornisce un servizio che si sostanzia nel rilascio di un referto scritto da parte dei medici associati a Best Doctors specialisti nella specifica patologia, reso sulla base dell'analisi dei referti medici prodotti dall'Assicurato e dell'esame dei principali risultati diagnostici presentati. La relazione scritta includerà una sintesi delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.

2) Trova il miglior Medico. UniSalute, attraverso Best Doctors, fornisce un servizio che metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti esperti nel trattamento di quella particolare Malattia.

Best Doctors ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della Malattia, tenendo conto, per quanto possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.

3) Trova la migliore Cura. UniSalute, attraverso Best Doctors, prende tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio di assistenza telefonica all'Assicurato 24 ore su 24. Inoltre Best Doctors supervisiona il corretto addebito delle prestazioni, garantendo che la fatturazione sia esatta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors consente sconti significativi sulle tariffe mediche.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

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

Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

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

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

Art. 2.9 - Sindrome Metabolica

Criteria di indennizzabilità

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

- Colesterolo HDL
- Colesterolo totale
- Glicemia
- Trigliceridi

A seguito delle informazioni fornite attraverso la compilazione e l'invio, da parte dell'Assicurato, dello specifico questionario messo a sua disposizione sul sito www.unisalute.it,

UniSalute provvederà:

- nel caso in cui risulti che l'Assicurato non si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica, a comunicare semplicemente l'esito della verifica tramite e-mail;
- nel caso in cui risulti che l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata" determinata sulla base dei criteri definiti all'art. 3.5 "Sindrome Metabolica - Parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica", a comunicargli l'esito delle valutazioni tramite e-mail ed a mettergli a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. In tal caso all'Assicurato verranno fornite alcune indicazioni utili a consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione etc.; l'Assicurato potrà inoltre autorizzare UniSalute a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sull'effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

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

- nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata", determinata sulla base dei criteri definiti all'art. 3.5 "Sindrome Metabolica – Parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica", un medico di UniSalute comunicherà all'Assicurato che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

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

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

Art. 2.10 – Riconoscimento dello Stato di non autosufficienza consolidato/permanente

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, il suo Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà:

- a) chiamare il **numero verde gratuito** 800-822469 attivo tutti i giorni 24 ore su 24 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del Sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
 - il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
 - il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
 - il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
 - il Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato;
 - Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
 - Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più Ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la Documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

La Società ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Nel caso in cui l'Assicurato sia riconosciuto in stato di non autosufficienza, ma la situazione non risulti consolidata, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 3.8.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea Documentazione sanitaria; se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il Ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea Documentazione sanitaria.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata a UniSalute.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato;
- riscontrare uno stato di non autosufficienza suscettibile di miglioramento, rimandando la valutazione alla stabilizzazione delle condizioni di salute;

UniSalute avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Un fascicolo già valutato con esito negativo circa la sussistenza dello stato di non autosufficienza potrà essere nuovamente esaminato da UniSalute quando il contratto sia ancora in vigore e:

- sia trascorso un periodo di almeno tre mesi dall'ultima valutazione;
- siano stati inviati nuovi documenti sanitari contenenti elementi nuovi che giustifichino l'aggravarsi dello stato di salute dell'Assicurato intervenuti dopo l'ultima richiesta di valutazione.

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in Polizza, con le modalità di cui agli articoli 2.10.2 e 2.10.3, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

Art. 2.10.1 Modalità di rimborso / richiesta di erogazione dei servizi

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo 3.8.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, a richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla **somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo 3.8.2 "Massimale mensile assicurato" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli 2.10.2 "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" e 2.10.3 "Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA"**.

Art. 2.10.2 Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali

In caso di erogazione delle prestazioni avvalendosi di strutture e/o di personale convenzionati con la Società, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'Assicurato opti per il pagamento diretto da parte della compagnia della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo amministratore di sostegno o Tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

La struttura e/o il personale convenzionati non potranno 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 la somma assicurata o non autorizzate dalla Società.

Art. 2.10.3 Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato; il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- il Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più Ricoveri, è necessario inviare a UniSalute tutta la Documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione alla Società della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Art. 2.10.4 Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

UniSalute ha la facoltà di procedere a controlli presso l'Assicurato, di farlo visitare da un Medico di sua scelta, anche in presenza del Medico curante dell'Assicurato.

UniSalute può inoltre richiedere tutta la Documentazione sanitaria che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'Assicurato comprese certificazioni di esistenza in vita emesse da organi pubblici. In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato, dall'Amministratore di sostegno, dal Tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, la copertura assicurativa potrà essere sospesa dalla data di richiesta di Unisalute.

3. SEZIONE SPESE SANITARIE

OSPEDALIERE – ALTA SPECIALIZZAZIONE

Art. 3.1 - Garanzia base - Ospedaliere

Oggetto dell'Assicurazione

La Società si obbliga a indennizzare, nei limiti del Massimale convenuto all'art. 3.2.3, le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di uno degli eventi garantiti ed elencati di seguito.

L'Assicurazione è operante in caso di Malattia e in caso di Infortunio, anche causato da colpa grave, avvenuto durante l'operatività del contratto per:

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

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

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

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

L'ammontare complessivo degli Indennizzi per l'insieme dei Sinistri verificatisi nel corso di un medesimo Anno assicurativo non potrà superare il Massimale annuo convenuto per le garanzie operanti.

Prestazioni garantite

Art. 3.2 - Ricovero

In caso di Ricovero causato da Infortunio viene sempre richiesta la presentazione di certificato di pronto soccorso.

La garanzia è operante per:

1) Ricovero in Istituto di Cura

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

a) Pre-Ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

d) Rette di degenza

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

e) Accompagnatore

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

f) Assistenza infermieristica privata individuale

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

g) Post-Ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura.

2) Trasporto Sanitario

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

3) Day-Hospital

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

4) Intervento chirurgico ambulatoriale

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

5) Trapianti

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi conseguente a Malattia o a Infortunio, UniSalute liquida le spese previste ai punti 1 "Ricovero in Istituto di Cura" e 2 "Trasporto Sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il Ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, Intervento chirurgico, cure, medicinali e rette di degenza.

6) Parto e Aborto**a) Parto Cesareo**

In caso di parto cesareo effettuato sia in Struttura sanitaria convenzionata che in Struttura sanitaria non convenzionata con UniSalute, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 1 "Ricovero in Istituto di Cura" lett. a) "Pre-Ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Rette di degenza", e) "Accompagnatore", g) "Post-Ricovero" e 2 "Trasporto Sanitario" con i limiti in essi indicati.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di Euro 10.000,00 per anno assicurativo e per persona, sia in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute che in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute. In questo caso non sono operanti i massimali giornalieri previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto Sanitario".

b) Parto non Cesareo e Aborto Terapeutico

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

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

7) Protesi ed Ausili Ortopedici

UniSalute rimborsa le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di protesi ortopediche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di Cura. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodii, plantari, ecc.

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a Euro 3.000,00 per anno assicurativo e per persona.

8) Rimpatrio della salma

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

Art. 3.2.1 - Modalità di erogazione delle prestazioni**a) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute ed effettuate da medici convenzionati**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate, nel limite del Massimale assicurato, direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate applicando una franchigia di euro 800,00 che resterà a carico dell'Assicurato, ad eccezione delle seguenti:

Punto 1 - Ricovero in Istituto di Cura:

- lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale;

Punto 2 - Trasporto Sanitario;

Punto 7 - Protesi e ausili ortopedici;

Punto 8 - Rimpatrio della salma;

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, e delle seguenti:

Punto 6 - Parto e Aborto

che vengono liquidate alla Struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

b) Prestazioni in Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno Scoperto del 20% col minimo di Euro 1.500,00 e massimo di Euro 10.000,00, ad eccezione delle seguenti:

Punto 1 - Ricovero in Istituto di Cura:

- lett. d) Rette di degenza;

- lett. e) Accompagnatore;

- lett. f) Assistenza infermieristica privata individuale;

Punto 2 - Trasporto Sanitario;

Punto 6 - Parto e Aborto;

Punto 7 - Protesi e ausili ortopedici;

Punto 8 - Rimpatrio della salma;

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di Ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico dell'S. S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'art. 3.2.2 "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UniSalute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi Articoli; in questo caso non verrà corrisposta l'Indennità sostitutiva.

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

Art. 3.2.2 - Indennità Sostitutiva

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a UniSalute, né per il Ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, fermo restando che la stessa provvederà al pagamento delle spese di pre e post Ricovero con le modalità di cui al punto 1 "Ricovero in Istituto di Cura" lett. a) Pre-Ricovero e lett. g) Post-Ricovero, avrà diritto a un'indennità di Euro 100,00 per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a 100

giorni per ogni Ricovero. Le spese relative alle garanzie di pre e post Ricovero in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti all'art. 3.2.1 "Modalità di erogazione delle prestazioni", ed assoggettate ad un Massimale annuo pari a Euro 2.000,00. Qualora l'Assicurato abbia subito un Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tali quelli previsti nell'allegato A delle condizioni di Assicurazione e indicati alla Sezione "Elenco Grandi Interventi Chirurgici", l'importo giornaliero dell'Indennità sostitutiva si intende raddoppiato. L'Indennità sostitutiva non verrà corrisposta al donatore e in caso di ricovero in Day - Hospital.

Art. 3.2.3 - Massimale

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni previste all'articolo 3.2 "Ricovero" è di euro 150.000,00 per persona e per anno Assicurativo. Qualora l'Assicurato abbia subito un Grande Intervento Chirurgico, intendendosi per tali quelli ricompresi nell'allegato A delle Condizioni di Assicurazione e indicati alla Sezione "Elenco Grandi Interventi Chirurgici", il Massimale si intende raddoppiato.

Art. 3.3 - Alta Specializzazione

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

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

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

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia

- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è di 15.000,00 euro per persona e per anno assicurativo.

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

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

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60,00 per ogni prestazione/Accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

Art. 3.4 - Second Opinion

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

Art. 3.5 - Sindrome Metabolica-parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica

Sindrome Metabolica "non conclamata"

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

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri [kg/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/assicurate che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea (calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri [kg/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.

Art. 3.6 - Ospedalizzazione Domiciliare

La Società, tramite UniSalute, per un periodo di 120 giorni successivo alla data di dimissioni, a seguito di un Ricovero indennizzabile a termini di Polizza, mette a disposizione attraverso la rete convenzionata UniSalute servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

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

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

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

GARANZIE OPZIONALI

A) PRESTAZIONI DOMICILIARI

Art. 3.7 – Prestazioni Domiciliari

La garanzia è operante per:

1) Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e Accertamenti diagnostici, non connesse al Ricovero ospedaliero, e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

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

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

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

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

2) Trattamenti Fisioterapici Riabilitativi a seguito di Infortunio

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di Infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di pronto soccorso, sempreché siano prescritti da medico "di base" o da 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 prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno Scoperto o Franchigia. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60,00 per fattura.

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde ad Euro 350,00 per persona.

3) Prevenzione

La Società, tramite UniSalute, provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni sono state ideate per appurare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati e sono particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla Polizza.

Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini

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

Prestazioni previste per le donne

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

B) NON AUTOSUFFICIENZA - ODONTOIATRIA**Art. 3.8 – Non Autosufficienza consolidata/permanente**

In deroga a quanto previsto all'art. 4.1 "Rischi esclusi", lett. l) delle "Esclusioni e limiti contrattuali", la Società, tramite UniSalute e nel limite del Massimale mensile di cui all'articolo 3.8.2, garantisce attraverso la propria rete di strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo 3.8.4 punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

Art. 3.8.1 – Condizioni di assicurabilità

All'effetto di Polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere quotidianamente una o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a) Lavarsi
 - b) Vestirsi e svestirsi
 - c) Andare al bagno e usarlo
 - d) Spostarsi
 - e) Continenza
 - f) Nutrirsi
2. Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.
3. Non essere affette dalla Malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci.
4. Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.
5. Avere compiuto al momento dell'effetto della Polizza 18 anni.

Art. 3.8.2 – Massimale mensile assicurato

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 3.8.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza", il Massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sotto indicate, corrisponde a € 600,00.

Art. 3.8.3 – Definizione dello stato di non autosufficienza

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- Lavarsi
- Vestirsi e svestirsi
- Andare al bagno e usarlo
- Spostarsi
- Continenza
- Nutrirsi

Per ogni attività viene constatato il grado di autonomia dell'Assicurato nel suo compimento ed assegnato un punteggio secondo lo schema di seguito riportato.

L'insorgenza dello stato di non autosufficienza permanente viene riconosciuto quando la somma dei punteggi raggiunge almeno 40 punti (per la definizione del punteggio si veda il seguente "Schema per l'accertamento dell'insorgere di non autosufficienza").

SCHEMA PER L'ACCERTAMENTO DELL'INSORGERE DI NON AUTOSUFFICIENZA:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno

10

VESTIRSI E SVESTIRSI
PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi

5

3° grado

L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi

10

ANDARE AL BAGNO E USARLO
PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare in bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

10

SPOSTARSI
PUNTEGGIO

1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi

0

2° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore

5

3° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi

10

CONTINENZA
PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente continente

0

2° grado

L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al Giorno

5

3° grado

10

L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia

NUTRIRSI**PUNTEGGIO**

1° grado

L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

5

3° grado

L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale

10

3.8.4 Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate / Rimborso spese in caso di permanenza in RSA

L'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di Polizza (art. 3.8.3 "Definizione dello stato di non autosufficienza", dovrà telefonare alla Centrale Operativa di UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al numero verde 800-822469 attivo tutti i giorni 24 ore su 24 (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del Massimale mensile previsto all'art. 3.8.2 e previa valutazione della Società, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità ivi descritte.

UniSalute intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora la Società valuti che vi siano i presupposti, potranno essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case Manager provvederà inoltre ad inviare all'Assicurato una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno o il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo 2.10. Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della Documentazione sanitaria pervenuta, UniSalute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio Medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui la Società riconosca lo Stato di non autosufficienza consolidato, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sotto elencate, UniSalute, nei limiti del Massimale mensile di cui all'art. 3.8.2, provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.

All'Assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico della Società, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato, dall'Amministratore di sostegno o Tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di Ricovero.

UniSalute procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate con la Società stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

UniSalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del Massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui UniSalute riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), UniSalute provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

UniSalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

UniSalute si riserva la facoltà di sottoporre l'Assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, UniSalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di UniSalute, nei limiti del Massimale mensile.

Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato.

Laddove il punteggio assegnato da UniSalute al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), la Società, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

4) Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), la Società provvederà a rimborsargli, nei limiti del Massimale previsto all'art. 3.8.2, esclusivamente la retta mensile.

Art. 3.9) Prevenzione Odontoiatrica ed applicazione delle tariffe agevolate per le prestazioni previste nel Piano di cura

In deroga a quanto previsto all'art. 4.1 "Rischi esclusi", lett. n) delle "Esclusioni e limiti contrattuali", UniSalute provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale all'anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

Le prestazioni sotto indicate sono nate per appurare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla Polizza.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.
- Visita specialistica odontoiatrica.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della struttura convenzionata riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, UniSalute provvederà ad autorizzare e liquidare la stessa nei limiti sopra indicati.

Inoltre, per le eventuali ulteriori prestazioni previste dal Piano di cura che si rendessero necessarie, l'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un'autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto. Il costo di queste prestazioni resta a carico dell'Assicurato.

Art. 3.10 Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero

In deroga a quanto previsto all'art. 4.1 "Rischi esclusi", lett. n) delle "Esclusioni e limiti contrattuali", la Società, tramite UniSalute, liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

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

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

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

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

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

Le spese vengono liquidate nel limite annuo di Euro 1.500,00 per persona.

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

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

4. ESCLUSIONI E LIMITI CONTRATTUALI OPERANTI PER TUTTE LE SEZIONI

Art. 4.1 - Rischi esclusi

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, incluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
- c) la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- f) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od 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 nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- l) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- m) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- n) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
- p) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- q) i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- r) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.

Art. 4.2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi organiche cerebrali.

Si conviene che la sopravvenienza di tali dipendenze o Malattie durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'Assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

Art. 4.3 - Limiti di età

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

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI**NEUROCHIRURGIA**

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomy 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.

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

Gentile Cliente, ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso o altri soggetti(1) ci fornisce; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali(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 o 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, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), 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). Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

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 rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso(7).

COME TRATTIAMO I SUOI DATI I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti 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, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto(8). I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché alla loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, alla loro cancellazione o alla limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, all'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, alla portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna(9).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (6). 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. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); 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 consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla ns. Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.
- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'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'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di anticiclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.

INFORMATIVA PRIVACY

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 (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

7) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UnipolSai, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UnipolSai, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UnipolSai e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).

8) 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.

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

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