



## UNIPOLSAI SALUTE RICOVERO

### Assicurazione Malattia e Infortuni

Gentile Cliente  
allegiamo i seguenti documenti:

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



# Assicurazione Malattia e Infortuni

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



Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "UNIPOLSAI SALUTE RICOVERO"

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - C.F. 00818570012 e P.IVA 03740811207 - Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n.1.00006 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n.79 alla G.U. n.357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n.276 del 24/11/1993, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n.046.

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

## Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura Sanitaria nei casi di Ricovero da Malattia o Infortunio.



### Che cosa è assicurato?

#### ✓ GARANZIA BASE LIGHT:

- Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura: indennità a seguito di ricovero o di day-hospital in Istituto di Cura reso necessario da malattia, infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico, con il limite di 365 giorni per persona e per anno assicurativo.
- Indennità Giornaliera da Immobilizzazione: indennità giornaliera convenuta per il caso di ricovero, a seguito di immobilizzazione resa necessaria da infortunio.

#### ✓ GARANZIA BASE (in alternativa a LIGHT):

- Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura: indennità a seguito di ricovero o di day-hospital in Istituto di Cura reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, con il limite di 365 giorni per ciascun sinistro e per anno assicurativo.
- Indennità Giornaliera per convalescenza: indennità giornaliera convenuta per la convalescenza successiva ad un ricovero indennizzabile per il periodo prescritto dal medico all'atto delle dimissioni, con il massimo del triplo di quello della degenza e con il limite di 60 giorni per sinistro e 180 per persona e per anno assicurativo.
- Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero: spese per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica finalizzati al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato.
- Indennità Giornaliera da Immobilizzazione: indennità giornaliera convenuta per il caso di ricovero, a seguito di immobilizzazione resa necessaria da infortunio.

✓ ASSISTENZA: prestazioni di aiuto immediato (quali l'invio di personale medico, l'invio di un'ambulanza, il trasferimento da e verso il centro di cura e varie altre) nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà.

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

#### GARANZIE OPZIONALI

##### Garanzie Supplementari [a pagamento]:

GARANZIA BASE LIGHT e BASE: Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico.

GARANZIA BASE: Scelta Energy (Spese Pre-Post Ricovero/ Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera/ Spese per la retta dell'accompagnatore/ Raddoppio dell'indennità).

[ per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni ]



### Che cosa non è assicurato?

✗ Non sono assicurabili le persone che abbiano sofferto delle seguenti patologie/dipendenze:

Tumori maligni insorti nei dieci anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza; Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson); Epatopatie croniche e cirrosi epatica; Pancreatite acuta e cronica; Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei cinque anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza; Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas; Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei dieci anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite); Sieropositività all'HIV; Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%; Alcolismo; Tossicodipendenza; Sindromi organiche cerebrali.

✗ Non sono assicurabili le persone di età superiore a settantacinque anni.

✗ Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di infortunio, malattia, parto od aborto.



### Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicati Scoperti (espressi in percentuale del danno indennizzabile) e Franchigie (espressi in cifra fissa) indicati nelle condizioni di assicurazione e/o in Polizza che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni (salvo non derogate da garanzie o opzioni supplementari) tra le quali quelle relative alle seguenti conseguenze di infortuni:

! derivanti da azioni dolose, compiute o tentate dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;

! derivanti da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti o allucinogeni nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;

! causati dalla pratica dei seguenti sport, anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo, pugilato, lotta e arti marziali, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, 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;

! causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale.



## Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale nel mondo intero.



## Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare.

La Società presta le coperture sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza). Le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare la cessazione della polizza e la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Prima della sottoscrizione del Questionario sanitario, è necessario verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario stesso.



## Quando e come devo pagare?

La periodicità di pagamento del Premio è annuale. Il Premio deve essere pagato alla consegna della Polizza ed è comprensivo di imposte. Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge. UnipolSai può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali anticipate. Previo accordo di UnipolSai il Premio annuo può essere altresì frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente. L'eventuale frazionamento è indicato in polizza. Se il contratto è stipulato con durata poliennale (quindi pari ad almeno due anni), il Premio di ciascuna annualità viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata in Polizza. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UnipolSai al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata in Polizza. Il contratto può essere stipulato con tacito rinnovo annuale e in tal caso in assenza di disdetta si rinnova per un ulteriore anno e così successivamente, o senza tacito rinnovo e in tal caso il contratto cessa automaticamente alla sua scadenza.



## Come posso disdire la polizza?

Se il contratto è stato stipulato con tacito rinnovo, per evitare il rinnovo devi comunicare la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza annuale. Se il contratto è stato stipulato con durata poliennale, hai facoltà di recedere solo se il contratto ha durata superiore a cinque anni dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di trenta giorni. Se la durata è uguale o inferiore, non potrai recedere in anticipo dal contratto e dovrai attendere la naturale scadenza.





# Assicurazione Malattia e Infortuni



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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOLSAI SALUTE RICOVERO

Data 01/11/2019 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

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

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., di seguito UnipolSai, sede legale in Italia, Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna recapito telefonico: 051.5077111, sito internet: [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it), indirizzo email: [info-danni@unipolsai.it](mailto:info-danni@unipolsai.it), indirizzo PEC: [unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it](mailto:unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it). Società iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993, soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046.

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

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



## Che cosa è assicurato?

L'assicurazione, operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, consente all'Assicurato di scegliere tra due diverse formule di copertura: Garanzia Base Light a cui può essere abbinata la Garanzia Supplementare Opzionale, e Garanzia Base a cui possono essere abbinata la Garanzia Supplementare Opzionale e le Garanzie Supplementari Opzionali Multiple-Scelta Energy.

Si precisa che tutte le coperture sono offerte nei limiti dei Massimali e/o delle Somme assicurate concordate con il Contraente.

**Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?**

### OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

<b>Condizione Specifica</b>	Franchigia assoluta di 5 giorni su garanzia Indennità giornaliera per ricovero.
-----------------------------	---

### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

#### GARANZIA BASE LIGHT E BASE

<b>Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico</b>	Liquidazione delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato durante il ricovero sino ad un massimo di 300 volte l'indennità giornaliera assicurata, in alternativa all'erogazione dell'indennità giornaliera assicurata.
--	---

#### GARANZIA BASE - SCELTA ENERGY

<b>Spese Pre e Post Ricovero</b>	Indennizzo, in caso di ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 3 giorni, delle spese sostenute e documentate dall'Assicurato nei 30 giorni precedenti e successivi il ricovero per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché inerenti alla patologia o infortunio che ha determinato il ricovero.
----------------------------------	--

<b>Spese per Assistenza Infermieristica Ospedaliera</b>	Rimborso delle spese documentate e sostenute dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica privata individuale durante un ricovero indennizzabile a termini di polizza.
---	--

<b>Spese per la retta dell'accompagnatore</b>	Rimborso delle spese documentate e sostenute per spese di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, a seguito di un ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza.
---	--

<b>Raddoppio dell'indennità</b>	Erogazione del doppio dell'indennità giornaliera convenuta per il ricovero in Istituto di Cura nei casi elencati contrattualmente.
---------------------------------	--



## Che cosa NON è assicurato?

<b>Rischi esclusi</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
-----------------------	---





## Ci sono limiti di copertura?

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

- Quando il Contraente/Assicurato non si avvalga in tutto o in parte di centri e medici convenzionati, per le prestazioni previste dalla garanzia **Ospedalizzazione domiciliare post ricovero** il rimborso comporta l'applicazione di uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile di € 60,00 per prestazione.

Ad integrazione di quanto già descritto nell'analogha Sezione del DIP Danni sono previste le seguenti ulteriori esclusioni di garanzia per tutte le sezioni:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;
- le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- l'aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze;
- le terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere;
- ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e istituti diversi da case di cura) ancorché qualificate come cliniche o Istituti di Cura;
- le cure odontoiatriche e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile contrattualmente;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche contrattualmente indennizzabili;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di eruzioni vulcaniche;
- H.I.V.e gli stati patologici correlati ad essa.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<p><b>Denuncia di sinistro:</b>  <b>Per le prestazioni Ospedalizzazione domiciliare post ricovero e Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico (se operanti):</b> nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa e specificare la prestazione richiesta con le modalità contrattualmente indicate.  Nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate per ottenere il rimborso delle spese sostenute o l'erogazione dell'indennità giornaliera l'Assicurato dovrà inviare il modulo di denuncia del sinistro compilato e sottoscritto ad UniSalute oppure, in caso di ricovero, copia della cartella clinica conforme all'originale e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.</p> <p><b>Per le altre garanzie:</b> in caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso ad UniSalute entro 30 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità con le modalità contrattualmente indicate.</p> <p>Per ogni richiesta di ASSISTENZA l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute e comunicare la Prestazione richiesta mettendo a disposizione della Società, per il tramite della Centrale Operativa, ogni documento utile che possa comprovare l'evento per il quale necessita la Prestazione di Assistenza.  E' necessario inoltre presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla Prestazione di Assistenza (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.).</p> <p><b>Assistenza diretta/in convenzione:</b> il contratto prevede l'utilizzo da parte dell'Assicurato di Centri Sanitari convenzionati, con Pagamento diretto delle spese da parte della Società, tramite Unisalute; in caso contrario la Società, tramite Unisalute, rimborserà le spese sostenute all'Assicurato, entro i limiti contrattualmente previsti.</p> <p><b>Gestione da parte di altre imprese:</b> la gestione dei sinistri, sia della Sezione Infortuni e Malattia che della Sezione Assistenza è affidata da UnipolSai a UniSaluteS.p.A..</p> <p><b>Prescrizione:</b> i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	<p>In relazione alla Sezione Malattia e Infortuni, in caso di sinistri in centri non convenzionati con Unisalute, il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, entro 30 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del sinistro, completa in ogni sua parte.</p> <p>In relazione alla Sezione Assistenza, la Società rimborsa le spese sostenute dall'Assicurato entro 30 giorni dal ricevimento degli originali dei documenti fiscali atti a dimostrare che ha effettivamente sostenuto la spesa. In caso di ricorso all'arbitrato irrituale, la Società provvede al pagamento di quanto spettante all'Assicurato entro 30 giorni dall'esito della procedura.</p>



## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Il Premio è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato sulla base delle percentuali di incremento contrattualmente previste.
<b>Rimborso</b>	Non sono contrattualmente previste ipotesi di rimborso del Premio nei confronti del Contraente.



## Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p>L'assicurazione decorre dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• del giorno di effetto della polizza per gli infortuni;</li> <li>• del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le malattie. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;</li> <li>• del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico;</li> <li>• del primo giorno del terzo anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie che rientrano nella garanzia Interventi chirurgici/Patologie particolari contrattualmente indicate</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	Non è contrattualmente prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



## Come posso disdire la Polizza?

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



## A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto a:

- persone fisiche per le spese sanitarie relative a ricoveri o day hospital in istituto di cura in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico;
- persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati nell'ipotesi di ricovero o day hospital in istituto di cura in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico.

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



## Quali costi devo sostenere?

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

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p><b>All'impresa assicuratrice</b></p>	<p>Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento della Società, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a: UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 - San Donato Milanese - (MI) Fax: 02.51815353; e-mail: <a href="mailto:reclami@unipolsai.it">reclami@unipolsai.it</a>. Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito <a href="http://www.unipolsai.it">www.unipolsai.it</a>. I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. E' possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori. I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche), nonché degli Intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni. Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società <a href="http://www.unipolsai.it">www.unipolsai.it</a> e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Reclami e Assistenza Specialistica Clienti di UnipolSai deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).</p>
<p><b>All'IVASS</b></p>	<p>Nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: <a href="mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it">tutela.consumatore@pec.ivass.it</a>. Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>. I reclami indirizzati all'IVASS contengono:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</li> <li>individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</li> <li>breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</li> <li>copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;</li> <li>ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</li> </ol>
<p><b>PRIMA DI RICORRERE ALL' AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b></p>	
<p><b>Mediazione</b></p>	<p>Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>
<p><b>Negoziazione assistita</b></p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).</p>
<p><b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Arbitrato irrituale: Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e/o sulle sue conseguenze possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.</li> <li>- Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet <a href="https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it">https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it</a> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.</li> </ul>

### AVVERTENZE:

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





# UNIPOLSAI SALUTE RICOVERO

Assicurazione Malattia e Infortuni




## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI/01263/000/00000/C - Ed. 01/11/2019

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

GLOSSARIO	1 di 29
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	4 di 29
2. SEZIONE MALATTIA E INFORTUNI	9 di 29
3. SEZIONE ASSISTENZA	18 di 29
4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	23 di 29
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	26 di 29
ALLEGATO A	28 di 29

***Che cosa sono i box di consultazione?***

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

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



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

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

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

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

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

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

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

**Centrale Operativa (per la Sezione Malattia e Infortuni):** struttura di UniSalute che, durante l'orario 8,30-19,30 dal Lunedì al Venerdì, per conto della Società gestisce i servizi relativi alla Sezione Malattia e Infortuni.

**Centrale Operativa (per la Sezione Assistenza):** struttura di UniSalute, costituita da Medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che per conto della Società provvede ad erogare le prestazioni della Sezione Assistenza.

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

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

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

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

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

**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.

**Immobilizzazione:** stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, causato da fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente in Istituti di cura da personale medico o paramedico. Sono compresi i mezzi di contenzione amovibili e tutti i tutori preconfezionati sempreché rigidi ed esterni (esclusi collari morbidi e bustini ortopedici) purché prescritti da personale medico dipendente da Istituto di Cura e limitatamente alla durata del periodo durante il quale il presidio svolge una funzione immobilizzante, indicato sulla certificazione medica.

**Indennizzo/Rimborso<sup>1</sup>:** somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

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

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

### 1 Come funziona il meccanismo di erogazione delle indennità?

1° esempio

Garanzia operante: indennità giornaliera da ricovero.

Somma giornaliera assicurata: € 100,00.

Durata degenza ospedaliera: 25 giorni.

Indennizzo: € 2.400,00 (€ 100,00 x 24 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come uno).

2° esempio

Garanzie operanti: indennità giornaliera da ricovero e indennità giornaliera da Immobilizzazione.

Somma giornaliera assicurata: € 70,00 per ciascuna garanzia.

Durata degenza ospedaliera: 4 giorni.

Applicazione mezzo di immobilizzazione a seguito di infortunio: il secondo giorno di degenza ospedaliera con durata immobilizzazione di 25 giorni.

Indennizzo per indennità giornaliera da ricovero:

€ 210,00 (€ 70,00 x 3 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come uno).

Indennizzo per indennità Giornaliera da Immobilizzazione:

€ 1.610,00 (€ 70,00 x 23 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che la somma assicurata venga corrisposta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera).

Totale indennizzo = € 1.820,00.

3° esempio

Garanzie operanti: indennità giornaliera da ricovero e indennità giornaliera da convalescenza.

Somma giornaliera assicurata: € 100,00 per ciascuna garanzia.

Durata degenza ospedaliera: 5 giorni.

Convalescenza: 21 giorni.

Indennizzo per indennità giornaliera da ricovero:

€ 400,00 (€ 100,00 x 4 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come uno).

Indennizzo per indennità giornaliera da convalescenza:

€ 1.200,00 (€ 100,00 x 12 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che la somma assicurata venga corrisposta per un numero di giorni massimo pari al triplo di quelli indennizzati per l'indennità giornaliera da ricovero) = € 1.200,00.

Totale indennizzo = € 1.600,00.

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

**IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Rischio:** probabilità che si verifichi un Sinistro.

**Scoperto:** la parte del danno indennizzabile, espressa in percentuale sull'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni Sinistro, rimane a suo carico.

**Sinistro:** il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario avvenute e fatturate durante l'operatività del contratto per le quali è prestata l'assicurazione e che comportano un'attività gestionale per UniSalute. In caso di ricovero o Day-Hospital, il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di inizio del ricovero o del Day-Hospital o diversamente il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione sanitaria assicurata.

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

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

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

## NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

### Quando comincia la copertura e quando finisce

#### **Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione**

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

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

#### **Art. 1.2 - Termini di aspettativa**

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del:

- del giorno di effetto della polizza per gli infortuni;
- del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le malattie. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico;
- del primo giorno del terzo anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie di cui all'art. 1.3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari" delle "Norme che regolano il contratto in generale", fermo quanto previsto al medesimo articolo.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa dalla stessa Società e riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e la somma assicurata da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, i termini di aspettativa suddetti operano dal giorno di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

#### **Art. 1.3 - Interventi chirurgici/Patologie particolari**

I seguenti interventi chirurgici/patologie particolari verranno considerati in garanzia anche se in essere all'atto della sottoscrizione della polizza:

- Cataratta;
- Varici;
- Emorroidi;
- Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni (ad es. legamenti crociati);
- Meniscectomia;
- Calcolosi renale ed epatica;
- Diabete;
- Insufficienza renale;
- Malattie a carico della tiroide;
- Ipertrofia prostatica;
- Ernie: tutti i tipi.

Le stesse verranno tuttavia indennizzate con le seguenti modalità:

limitatamente ai primi 2 anni dalla sottoscrizione del contratto la Società, tramite UniSalute, provvederà

alla liquidazione della sola garanzia di cui agli Artt. 2.1 "Garanzia base light" "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità giornaliera per ricoveri in Istituto di Cura" e 2.2 "Garanzia base" "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità giornaliera per ricoveri in Istituto di Cura" della Sezione Malattia e Infortuni se ed in quanto operante, con riconoscimento di un limite massimo di 3 giorni per sinistro ed anno assicurativo. Per la ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni e la meniscectomia si conviene tra le Parti che, se causate da infortunio avvenuto durante la validità del contratto, le stesse saranno oggetto di indennizzo nel limite delle garanzie operanti.

#### **Art. 1.4 - Durata del contratto e sconto per poliennalità<sup>2-3</sup>**

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

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto, se di durata non inferiore a 1 anno, è prorogato per una durata pari ad 1 anno, e così successivamente.

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio, per ciascuna Annualità Assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione. A seguito dell'adeguamento automatico di cui all'art. 1.10 Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento anche l'importo della riduzione varierà di conseguenza.

#### **Art. 1.5 Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza.**

Il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente se è stipulato con tacito rinnovo e in mancanza di disdetta comunicata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con lettera raccomandata, mediante fax oppure mediante PEC (posta elettronica certificata), se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diretta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società. Se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, la Società, alla scadenza del Contratto, qualora intervengano modifiche nella tariffazione dei rischi oggetto del contratto, metterà a disposizione del Contraente le nuove condizioni di Premio attraverso comunicazione inviata almeno 30 giorni prima della scadenza al Contraente stesso. Il pagamento da parte del Contraente del nuovo Premio proposto equivale ad accettazione e comporta il rinnovo del contratto che viene variato solo in tale elemento. Nel caso in cui il Contraente non intenda accettare il nuovo Premio e non provveda al pagamento, la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.

Se il contratto ha una durata superiore ai 5 anni il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi 5 anni di durata contrattuale, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile; anche in tal caso la disdetta va comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione. Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza. Quando è concordata la non rinnovabilità, il contratto cessa alla scadenza contrattuale, senza obbligo di disdetta.

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

*Il prodotto UnipolSai Salute RICOVERO prevede che la copertura assicurativa sia "con tacito rinnovo", pertanto alla scadenza indicata il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente senza bisogno di alcuna comunicazione tra le parti (a meno che il Cliente o la Società non decidano di disdettarlo con preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla scadenza).*

#### **3 Quale durata può avere l'Assicurazione?**

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

## Art. 1.6 – Recesso in caso di Sinistro

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

## Quando e come devo pagare

### Art. 1.7 - Pagamento del Premio<sup>4</sup>

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

### Art. 1.8 - Frazionamento del Premio<sup>5</sup>

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

### Art. 1.9 Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D. (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile

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

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

1. La Società consente che il Premio annuale convenuto venga pagato dal Contraente in modo frazionato, senza oneri di frazionamento e con le modalità indicate ai punti successivi.
2. All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente dovrà (i) provvedere al pagamento anticipato in Agenzia di una somma pari a tre dodicesimi (più eventuale frazione di mese) del Premio convenuto, (ii) obbligarsi a pagare il Premio residuo di importo pari a nove dodicesimi mediante rate mensili di importo pari a un dodicesimo ciascuna, nonché (iii) obbligarsi a pagare le successive rate mensili, nel caso in cui il contratto si sia tacitamente rinnovato, sottoscrivendo apposito mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.) e autorizzando quindi la propria Banca ad accettare i corrispondenti ordini di addebito della Società.
3. Il pagamento alla scadenza di ogni rata mensile sarà accettato dalla Società con riserva di verifica e salvo buon fine.
4. La Società provvederà comunque alla notifica del pagamento delle rate mensili e della copertura delle garanzie previste in Polizza, mediante invio al Contraente del seguente messaggio, che sostituirà l'emissione dell'atto di quietanza: «Abbiamo ricevuto il pagamento tramite addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del [GG mese AAAA] su pol n. xx/xx/xxxx. Confermiamo copertura assicurativa. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Tale messaggio sarà inviato dalla Società: - mediante SMS al seguente numero di cellulare [\*].

#### 4 Cos'è e come si calcola il Premio?

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

#### 5 Quando deve essere pagato il Premio?

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



#### b) Mancato addebito del pagamento di Premi

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

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

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

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

#### Art. 1.10 - Criteri per la determinazione del premio e suo adeguamento

Il premio viene determinato in base all'età dell'Assicurato e viene adeguato annualmente in funzione dell'aumentata età dell'Assicurato secondo la seguente regola:

Età	Percentuale di incremento annuo del premio
Da 0 a 14 anni	0%
Tra 14 e 15 anni	17%
Tra 15 e 19 anni	0%
Tra 19 e 20 anni	20%
Dal 20° anno in poi	3%

## Che obblighi ho

### **Art. 1.11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**

La Società presta la garanzia nei termini di cui alla presente Polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza).

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

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

Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate in Polizza.

### **Art. 1.12 - Aggravamento e diminuzione del rischio**

Non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dagli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile in materia di diminuzione e aggravamento del rischio.

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

## Altre norme

### **Art. 1.13 - Modifiche dell'Assicurazione**

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

### **Art. 1.14 - Forma delle comunicazioni**

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

### **Art. 1.15 - Altre assicurazioni**

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

**L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa condolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.**

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre Assicurazioni per lo stesso Rischio nei casi di:

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

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

### **Art. 1.16 - Foro competente**

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

### **Art. 1.17 - Rinvio alle norme di legge**

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



Cosa assicura**Art. 2.1 - Garanzia base (Light)****(acquistabile in alternativa alla Garanzia base e operante solo se indicata in Polizza)**

La Società, tramite UniSalute, si obbliga a corrispondere all'Assicurato:

l'indennità giornaliera secondo quanto previsto dalle prestazioni indicate al presente articolo alle "Prestazioni garantite" lett. A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" nonché all'Art. 2.5 "Garanzie Supplementari" se ed in quanto operanti con i limiti previsti, in conseguenza di:

- infortunio, anche se causato con colpa grave
- malattia, parto o aborto terapeutico;

e l'indennità giornaliera secondo quanto previsto dalle prestazioni indicate all'articolo 2.2 "garanzia base" "Prestazioni garantite" lett. B) "Indennità Giornaliera da Immobilizzazione" in conseguenza di:

- infortunio, anche se causato con colpa grave.

**Prestazioni garantite****A) Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura<sup>7</sup>**

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termini di contratto, la Società, tramite UniSalute, corrisponde la somma assicurata indicata in Polizza con il limite di 365 giorni per persona e per anno assicurativo. La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

In caso di day-hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella prevista in caso di ricovero e per un massimo di 180 giorni per persona e per anno assicurativo. In caso di parto naturale l'indennità viene corrisposta per un massimo di 5 giorni per sinistro.

**B) Indennità Giornaliera da Immobilizzazione**

La Società, tramite UniSalute, corrisponde all'Assicurato il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera assicurata in caso di ricovero, di cui all'Art. 2.1 "Garanzia base (Light)" "Prestazioni garantite" lettera A), a seguito di Immobilizzazione resa necessaria da infortunio.

L'indennità giornaliera viene corrisposta:

- dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione quando l'infortunio non comporti ricovero;
- dal giorno della dimissione al giorno della rimozione quando l'applicazione è stata effettuata in regime di ricovero.

L'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 50 giorni per ogni infortunio e per anno assicurativo.

**Art. 2.2 - Garanzia base****(acquistabile in alternativa alla Garanzia Base Light e operante solo se indicata in Polizza)**

La Società, tramite UniSalute, si obbliga a corrispondere all'Assicurato in conseguenza di:

**6 In cosa differiscono la Garanzia Base (Light) e la Garanzia Base?**

La **Garanzia Base** prevede una copertura sanitaria più ampia e completa rispetto alla **Garanzia Base (Light)**. In aggiunta all'Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura e da Immobilizzazione sono previste l'Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero e l'Indennità Giornaliera per Convalescenza.

**7 Per poter usufruire dell'Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura il mio Ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con la Società?**

No, la copertura assicurativa in caso di Ricovero opera sia per le prestazioni presso Centri Sanitari Convenzionati con la Società che per quelle presso i centri non convenzionati.

- infortunio, anche se causato con colpa grave
- malattia, parto o aborto terapeutico

una indennità giornaliera secondo quanto previsto dalle prestazioni indicate al presente articolo alle "Prestazioni garantite" lett. A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura", B) "Indennità giornaliera per convalescenza" e C) "Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero", nonché all'Art. 2.5 "Garanzie Supplementari" della Sezione Malattia e Infortuni, se ed in quanto operanti e con i limiti ivi previsti; si precisa che limitatamente alle "Prestazioni garantite" lett. D) "Indennità Giornaliera da Immobilizzazione", l'indennità giornaliera assicurata verrà corrisposta in conseguenza di:

- infortunio, anche se causato con colpa grave.

## Prestazioni garantite

### A) Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termine del contratto, la Società, tramite UniSalute, corrisponde la somma assicurata indicata in Polizza **con il limite di 365 giorni per persona e per anno assicurativo**. La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

**In caso di day-hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella prevista in caso di ricovero e per un massimo di 180 giorni per persona e per anno assicurativo.** In caso di parto naturale l'indennità viene corrisposta per un massimo di 5 giorni per sinistro.

### B) Indennità Giornaliera per Convalescenza

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termine di polizza, che renda necessaria una convalescenza per un periodo prescritto dal medico all'atto delle dimissioni, la Società, tramite UniSalute, corrisponde il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera assicurata in caso di ricovero di cui alla lettera A) del presente articolo per il periodo prescritto dal medico con il massimo del triplo dei giorni di degenza indennizzati, **con il limite di 60 giorni per sinistro e 180 per persona e anno assicurativo.** La garanzia non è operante per:

- a) parto non cesareo o aborto;
- b) malattie della gravidanza e del puerperio;
- c) ricoveri in regime di day-hospital.

### C) Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero

La Società, tramite UniSalute, **per un periodo di 120 giorni successivi 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, tendenti 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 Centri Sanitari e di personale convenzionati con UniSalute<sup>8</sup>, 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 centri sanitari non convenzionati 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 € 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 € 2.000,00 per persona.

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

Per conoscere l'elenco dei Centri Sanitari Convenzionati e dei medici convenzionati è sufficiente consultare il sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).



#### D) Indennità Giornaliera da Immobilizzazione

La Società, tramite UniSalute, corrisponde all'Assicurato il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera assicurata in caso di ricovero, di cui alla lettera A) del presente articolo a seguito di immobilizzazione resa necessaria da infortunio.

L'indennità giornaliera viene corrisposta:

- dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione quando l'infortunio non comporti ricovero;
- dal giorno della dimissione al giorno della rimozione quando l'applicazione è stata effettuata in regime di ricovero.

L'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 50 giorni per ogni infortunio e per anno assicurativo.

#### Cosa NON assicura

##### Art. 2.3 - Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione

Qualora in corso di contratto, un Assicurato raggiunga il settantacinquesimo anno di età, limitatamente a detta persona l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento di detta età.

##### Art. 2.4 Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

- a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, ad eccezione di quanto previsto all'Art. 1.3 "Interventi chirurgici/Patologie particolari" e di quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; si intendono esclusi gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare;
- b) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- c) le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- d) le conseguenze di infortuni derivanti da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti o allucinogeni nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
- e) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sports, anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, sports 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 sports aerei in genere;
- f) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sports costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- g) l'aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze;
- h) le terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale;
- i) 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);
- l) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. 31 ottobre 1991 pubblicato sulla G.U. 262 del 8/11/1991) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere;
- m) ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e istituti diversi da case di cura) ancorché qualificate come cliniche o Istituti di Cura;
- n) le cure odontoiatriche e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;

- o) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- p) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di eruzioni vulcaniche;
- q) H.I.V.e gli stati patologici correlati ad essa.

## Come personalizzare<sup>9</sup>

### **Art. 2.5 -Garanzie Supplementari (a pagamento)**

Il Contraente può scegliere di acquistare una o più tra le Garanzie Supplementari di seguito proposte; la garanzia sarà operante **solo se indicata in Polizza e ne sia stato pagato il relativo Premio.**

### **Art. 2.5.1. - Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico (operante sia per la Garanzia base Light che per la Garanzia Base)**

In caso di ricovero indennizzabile a termini di polizza reso necessario da "Grande Intervento Chirurgico"<sup>10</sup> come da Allegato A, l'Assicurato può optare, in alternativa alla liquidazione dell'indennità giornaliera di cui agli Artt. 2.1 "Garanzia Base Light" "Prestazioni garantite" e 2.2 "Garanzia Base" "Prestazioni garantite" della Sezione Malattia e Infortuni, per il rimborso, fino alla concorrenza di 300 volte l'indennità giornaliera assicurata, di cui alla lettera A) dei rispettivi Artt. "Prestazioni garantite", e **con un massimo per sinistro ed anno assicurativo di € 35.000,00, delle seguenti spese sostenute durante il ricovero:**

- 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 materiali d'intervento, comprese le endoprotesi;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purchè relativi al ricovero ed alla patologia/ infortunio che ha dato luogo al ricovero;
- rette di degenza.

Nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute<sup>11</sup>, le spese sopra indicate 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 centri sanitari non convenzionati con UniSalute, le spese sostenute sopra indicate vengono rimborsate integralmente.

#### **9 Posso personalizzare la mia copertura assicurativa?**

*Si, poiché ogni Cliente ha la propria sensibilità e le proprie esigenze assicurative. C'è chi preferisce una copertura essenziale, sufficientemente ampia ma più economica e c'è chi desidera invece arricchire la copertura acquistando ulteriori garanzie.*

*A tal fine nell'area "Come personalizzare" è possibile scegliere tra Garanzie Supplementari che ampliano la copertura assicurativa e Condizioni Specifiche che consentono di modellare alcuni Massimali e Franchigie.*

#### **10 Quali sono i Grandi Interventi Chirurgici oggetto della copertura assicurativa?**

*Tutti gli interventi chirurgici sono riportati nell'Allegato A alle Condizioni di assicurazione.*

#### **11 Che vantaggio ho se scelgo di usufruire delle prestazioni in Centri sanitari convenzionati?**

*Se il Cliente sceglie di usufruire delle prestazioni in Centri Sanitari convenzionati UniSalute provvederà a liquidare direttamente al Centro Sanitario le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate senza applicazione di franchigie o scoperti.*

Se parte delle spese è sostenuta da ente pubblico o privato, il rimborso sarà limitato alle sole spese rimaste a carico dell'Assicurato.

La valutazione e la liquidazione delle spese sostenute o il rimborso delle stesse sono sempre effettuati in Euro e in Italia. Per le spese sostenute in divisa valutaria diversa dall'Euro, il rimborso sarà effettuato in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

### **Art. 2.5.2. - Scelta Energy (operante solo per la Garanzia base)**

La garanzia assicurativa è operante per:

#### **1) Spese Pre e Post Ricovero**

In caso di ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 3 giorni, la Società, tramite UniSalute, garantisce il rimborso delle spese sostenute e documentate dall'Assicurato nei 30 giorni precedenti e successivi al ricovero per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché inerenti la patologia o l'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia non viene riconosciuta in caso di ricovero per parto naturale o con taglio cesareo.

Il massimale assicurato è pari a € 1.000,00 per anno assicurativo e per persona.

#### **2) Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera**

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termini di polizza, la Società, tramite UniSalute, rimborsa le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica privata individuale con un massimale giornaliero pari al 50% dell'importo dell'indennità giornaliera da ricovero convenuta di cui alla lettera A) dell'Art. 2.2 "Garanzia base" "Prestazioni garantite" e per un massimo di 30 giorni per ricovero.

#### **3) Spese per la retta dell'accompagnatore**

Nel caso di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termini di polizza, la Società, tramite UniSalute, rimborsa le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per il vitto ed il pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di Cura con un massimale giornaliero pari al 50% dell'importo dell'indennità giornaliera da ricovero convenuta di cui alla lettera A) degli Artt. 2.1 "Garanzia base (Ligth)" o 2.2 "Garanzia base" "Prestazioni garantite" e per un massimo di 60 giorni per ricovero.

#### **4) Raddoppio dell'indennità**

L'indennità giornaliera assicurata per il ricovero in Istituto di Cura, prevista all'Art. 2.2 "Garanzia base" "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" della Garanzia base, viene raddoppiata nel caso di:

- ricovero reso necessario da "malattie oncologiche";
- ricovero in unità di cure intensive;
- ricovero all'estero.

La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

### **Art. 2.6 - Condizione Specifica (con sconto)**

A deroga di quanto previsto alla lettera A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" di cui agli Artt. 2.1 "Garanzia base (Ligth)" e 2.2 "Garanzia base" si conviene tra le Parti che per ogni sinistro indennizzabile a termine del presente contratto assicurativo, la corresponsione dell'indennità giornaliera da ricovero decorrerà dal sesto giorno.

## Come assicura

### Art. 2.7 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

### Art. 2.8 - Requisiti di assicurabilità

Possono essere assicurate le persone che, prima della sottoscrizione della presente copertura assicurativa, non abbiano sofferto delle seguenti patologie/dipendenze:

- a. Tumori maligni insorti nei dieci anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- b. Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- c. Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- d. Pancreatite acuta e cronica;
- e. Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei cinque anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
- f. Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- g. Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei dieci anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- h. Sieropositività all'HIV;
- i. Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%;
- j. Alcolismo;
- k. Tossicodipendenza;
- l. Sindromi organiche cerebrali.

Si conviene altresì che per le patologie/dipendenze di cui sopra, identificate alle lettere j, k ed l, la sopravvenienza durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

La presente copertura assicurativa è prestata sulla base della dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcuna delle patologie sopra indicate; la suddetta dichiarazione forma parte integrante del contratto. Pertanto, qualora la Società riscontri elementi di difformità rispetto a quanto dichiarato, verrà applicato quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

SINTESI DEI LIMITI / SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO

GARANZIE PRESTATE		Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Modalità di liquidazione	
			Centro Sanitario convenzionato	Struttura sanitaria non convenzionata o SSN
<b>GARANZIA BASE LIGHT</b> (massimale indicato in Polizza)	<b>Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura</b>	Massimo 365gg per persona e Annualità. La 1° e ultima giornata sono considerate una sola giornata • Se Day Hospital 50% dell'Indennità per massimo 180gg per persona e Annualità • Se parto naturale: 100% dell'Indennità per massimo 5gg	-	-
	<b>Indennità Giornaliera da Immobilizzazione</b>	Massimo 50gg per ogni infortunio e per Annualità. Corrisposta: • Se NO Ricovero: dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione; • Se SI Ricovero: dal giorno della dimissione al giorno della rimozione		

GARANZIE PRESTATE		Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Modalità di liquidazione	
			Centro Sanitario convenzionato	Struttura sanitaria non convenzionata o SSN
GARANZIA BASE (massimale indicato in Polizza)	<b>Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura</b>	<p>Massimo 365gg per persona e Annualità. La prima e ultima giornata sono considerate una sola giornata</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se Day Hospital 50% dell'Indennità per massimo 180gg per persona e Annualità</li> <li>• Se parto naturale: 100% dell'Indennità per massimo 5gg</li> </ul>	-	-
	<b>Indennità Giornaliera per Convalescenza</b>	<p>Massimo del triplo dei giorni di degenza indennizzati, con il limite di 60 giorni per sinistro e 180 per persona e Annualità.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• NO parto</li> <li>• NO malattie gravidanza e puerperio</li> <li>• NO Day Hospital</li> </ul>		
	<b>Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero</b>	<p>Massimo 120 giorni successivi alla data di dimissioni. Massimale annuo € 2.000 per persona</p>	Liquidazione diretta senza applicazione di Scoperto o Franchigia	Rimborso delle spese con Scoperto 20% col minimo di € 60,00
	<b>Indennità giornaliera da Immobilizzazione</b>	<p>Massimo 50gg per ogni infortunio e per Annualità. Corrisposta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se NO Ricovero: dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione;</li> <li>• Se SI Ricovero: dal giorno della dimissione al giorno della rimozione</li> </ul>	-	-



GARANZIE PRESTATE		Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Modalità di liquidazione	
			Centro Sanitario convenzionato	Struttura sanitaria non convenzionata o SSN
GARANZIE SUPPLEMENTARI	<b>Massimale sostitutivo in caso di grande Intervento Chirurgico</b>	Fino a 300 volte l'indennità giornaliera col massimo € 35.000 per Sinistro e Annualità limitatamente alle seguenti spese: <ul style="list-style-type: none"> <li>• onorari chirurgo, aiuto, anestesista;</li> <li>• diritti sala operatoria e materiali;</li> <li>• assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici, medicinali, esami;</li> <li>• rette di degenza</li> </ul>	Pagamento diretto delle spese: NO Scoperti NO Franchigia	Rimborso integrale delle spese O Rimborso spese non coperte da SSN
	<b>Scelta Energy</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Spese pre e post Ricovero</li> <li>2) Spese assistenza infermieristica ospedaliera</li> <li>3) Spese per retta accompagnatore</li> <li>4) Raddoppio indennità</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ricovero &gt; 3gg (NO parto naturale / cesareo) Massimale € 1.000 per persona e Annualità</li> <li>2) 50% dell'Indennità giornaliera per massimo 30gg per ogni Ricovero</li> <li>3) 50% dell'Indennità giornaliera per massimo 60gg per ogni Ricovero</li> <li>4) In caso di ricovero per cure oncologiche, per cure intensive o all'estero.</li> </ol>	-
CONDIZIONE SPECIFICA		L'Indennità decorre dal 6° giorno	-	-

**Cosa assicura****Art. 3.1 - Garanzia base<sup>12</sup>**

La Società si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti<sup>13</sup>.

**Gestione dei Sinistri ed erogazione delle Prestazioni di Assistenza**

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

I seguenti **servizi di consulenza** vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-822469 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 051-6389046.

**a) Informazioni sanitarie telefoniche**

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

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

**12 Cosa devo fare per utilizzare la garanzia di ASSISTENZA?**

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

**Prestazioni di consulenza erogate in Italia**

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

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

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

**Prestazioni di Assistenza erogate in Italia**

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

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

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

**Prestazioni di Assistenza erogate all'estero**

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

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

**13 Come faccio a ricordarmi le delimitazioni e i sottolimiti presenti nelle condizioni di Assicurazione?**

Per avere un quadro chiaro e completo su delimitazioni e sottolimiti, ma anche su Scoperti e Franchigie se presenti, è sufficiente consultare l'apposita tabella di sintesi che si trova al fondo di ogni Sezione delle condizioni di Assicurazione.

**b) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nei Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute.

**Prestazioni di Assistenza erogate in Italia**

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

**c) Pareri medici immediati**

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

**d) Invio di un medico**

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

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

**e) Rientro dal ricovero di primo soccorso**

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

**f) Trasferimento in centro medico specializzato**

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

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

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

**La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.**

**Prestazioni di Assistenza erogate all'estero**

**Le seguenti prestazioni di assistenza vengono fornite dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero +39 051-4161781.**

**g) Viaggio di un familiare all'estero**

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di Cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese,

metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno **nel limite di € 100,00 per sinistro.**

#### **h) Invio di medicinali urgenti all'estero**

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

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

#### **i) Rimpatrio sanitario**

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

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

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

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

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

#### **l) Interprete a disposizione**

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

#### **m) Rientro di minori**

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

#### **n) Rientro dall'estero**

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

#### **o) Rientro anticipato**

La Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro anticipato dell'Assicurato alla sua abitazione, in caso di pericolo di vita del coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero dell'Assicurato stesso.

Il costo del biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) è a carico di UniSalute.

## Cosa NON assicura

### Art. 3.2 - Esclusioni

L'assicurazione non è operante per le esclusioni previste all'Art. 2.4 Esclusioni del presente contratto.

La Centrale Operativa non eroga:

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

### Art. 3.3 - Delimitazioni

La Società:

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

## Come assicura

### Art 3.4 - Pagamento delle Prestazioni

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

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

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

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

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

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

### Art. 3.5 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in Italia o all'estero a seconda della prestazione erogata, come indicato all'Art. 3.1 - Garanzia base.

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

<b>Garanzia Base Prestazioni erogate in Italia</b>	<b>Limiti e sottolimiti di Indennizzo</b>	<b>Franchigie e/o Scoperti</b>
Rientro dal Ricovero di primo soccorso	Spese per invio di ambulanza	Se percorso è pari a km 300
Trasferimento in centro medico specializzato	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti  Trasferimento sanitario nei Paesi extra-europei solo aerei di linea, classe economica	-
<b>Garanzia base Prestazioni erogate all'estero</b>	<b>Limiti e sottolimiti di Indennizzo</b>	<b>Franchigie e/o Scoperti</b>
Viaggio di un familiare all'estero	Biglietto aereo (classe economica) o biglietto ferroviario (1° classe) andata e ritorno per 1 componente della famiglia Spese per soggiorno Massimo € 100 per Sinistro	Se Ricovero supera 10 giorni
Rimpatrio sanitario	Fino al costo del trasferimento con uno dei mezzi di trasporto consentiti  Trasferimento sanitario nei Paesi extra-europei solo aerei di linea, classe economica	-
Interprete a disposizione	Fino a massimo 8 ore per evento e annualità assicurativa	-
Rientro di minori	Fino ad € 500 per Sinistro	Se il minore ha meno di 15 anni
Rientro dall'estero	Biglietto aereo (classe economica) o biglietto ferroviario (1° classe) andata e ritorno per 1 parente dell'Assicurato	-
Rientro anticipato	Biglietto aereo (classe economica) o biglietto ferroviario (1° classe) andata e ritorno per l'Assicurato	Se in pericolo di vita: coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero/nuora dell'Assicurato

### Norme per la Sezione Malattia e Infortuni

#### Art. 4.1 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

##### A. Per le garanzie previste agli Artt. 2.2 "Garanzia base" "Prestazioni garantite" - lett. C) "Ospedalizzazione domiciliare post ricovero" e 2.5.1 "Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico", se operanti

Nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute, l'Assicurato deve 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 dal centro sanitario non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi Punti 1) "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute" e 2) "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute".

Nel caso si utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato 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 al punto 2) "Sinistri in centri sanitari non convenzionati con UniSalute".

##### 1) Sinistri in Centri Sanitari Convenzionati 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 del contratto.

Il centro sanitario 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 Grande Intervento Chirurgico o prestazioni di ospedalizzazione domiciliare post ricovero da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese verranno liquidate con le modalità indicate all'Art. 4.1 punto 2 "Sinistri in centri non convenzionati 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.

##### 2) Sinistri in centri non convenzionati con UniSalute

###### Pagamento dell'indennizzo

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute o l'erogazione dell'indennità giornaliera, l'Assicurato deve inviare direttamente a:

"UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO", la seguente necessaria documentazione:

- 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 [ww.unisalute.it](http://ww.unisalute.it) o, in alternativa
  - è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito [ww.unisalute.it](http://ww.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 e salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto, entro 30 giorni dalla ricezione della soprarichiamata 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, verrà liquidato esclusivamente l'eventuale importo rimasto a Suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

## B. Per garanzie diverse da quelle richiamate al precedente punto A

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso ad UniSalute entro 30 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità.

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

- 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 [ww.unisalute.it](http://ww.unisalute.it) o, in alternativa
  - è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito [ww.unisalute.it](http://ww.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, e salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto, entro 30 giorni dalla ricezione della soprarichiamata documentazione necessaria alla valutazione del sinistro completa in ogni sua parte.

## Norme per la Sezione Assistenza

### Art. 4.2 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro

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

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

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

### Art. 4.3 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza

La Società, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri e per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza si avvale di UniSalute S.p.A. e della sua Centrale Operativa.

La Società ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei Sinistri, dandone



tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle Prestazioni garantite.  
Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:

**per i servizi di consulenza di cui all'Art. 3.1 Garanzia base lettere a), b):**

Per chi chiama dall'Italia: 800.822469 (numero verde);  
per chi chiama dall'estero: comporre il numero + 39 051-6389046.

**per le Prestazioni di Assistenza erogate in Italia di cui all'Art. 3.1 Garanzia base lettere c), d), e), f):**

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

**per le Prestazioni di Assistenza erogate all'estero di cui all'Art. 3.1 Garanzia base lettere g), h), i), l), m), n), o):**

per chi chiama dall'estero: comporre il numero +39 051 4161781.

## **NORME VALIDE PER TUTTE LE SEZIONI**

### **Art. 4.4 - Diritto di verifica**

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

### **Art. 4.5 - Arbitrato irrituale**

Ferma la possibilità di ricorrere all'autorità giudiziaria, 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. 4.6 - Pagamento dell'Indennizzo**

La Società liquida l'indennizzo spettante all'Assicurato in relazione alle richieste di rimborso entro 30 giorni dalla presentazione di tutti i documenti completi dalla stessa richiesti e come indicato all'Art. 4.1 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro, salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto. La Società, in relazione ai sinistri "Assistenza", nei casi in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, abbia autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza, rimborsa le spese da lui sostenute e autorizzate entro 30 giorni dal ricevimento degli originali dei documenti fiscali atti a dimostrare che ha effettivamente sostenuto la spesa.

In caso di ricorso all'arbitrato irrituale, di cui al precedente Art. 4.5 Arbitrato irrituale, la Società liquida l'indennizzo entro 30 giorni dall'esito della procedura.

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

## CODICE CIVILE

### **Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave**

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno.

Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

### **Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave**

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

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

### **Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi**

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

### **Art. 1898 Aggravamento del rischio**

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

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

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

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

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

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

### **Art. 1901 Mancato pagamento del premio**

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.

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

### **Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori**

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

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913 c.c., indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.

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

### **Art. 1913 Avviso all'assicuratore in caso di sinistro**

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui si è verificato il sinistro o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di contestazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

#### **UnipolSai Assicurazioni S.p.A.**



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584  
Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469  
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046  
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

### NEUROCHIRURGIA

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

### OCULISTICA

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

### OTORINOLARINGOIATRIA

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

### CHIRURGIA DEL COLLO

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

### CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

### CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

### CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale

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

## **UROLOGIA**

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

## **GINECOLOGIA**

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- 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 degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

### QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti<sup>(1)</sup> ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali<sup>(2)</sup>, ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

### PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti).

In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste (tra cui il rilascio del preventivo e la quantificazione del premio), nonché per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo<sup>(3)</sup>, sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza<sup>(4)</sup>. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si veda nota 7), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso<sup>(5)</sup>.

Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativi, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

## A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto<sup>(6)</sup>.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol<sup>(7)</sup> a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>(8)</sup> (si veda anche nota 4).

## COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI

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

## QUALI SONO I SUOI DIRITTI

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

### Note

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

presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.

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







