



la tua protezione

Contratto di Assicurazione

POLIZZA MALATTIA RISCHI SPECIALI

Modello 1607 - Ed. 01.07.2014

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

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

**DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA
DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

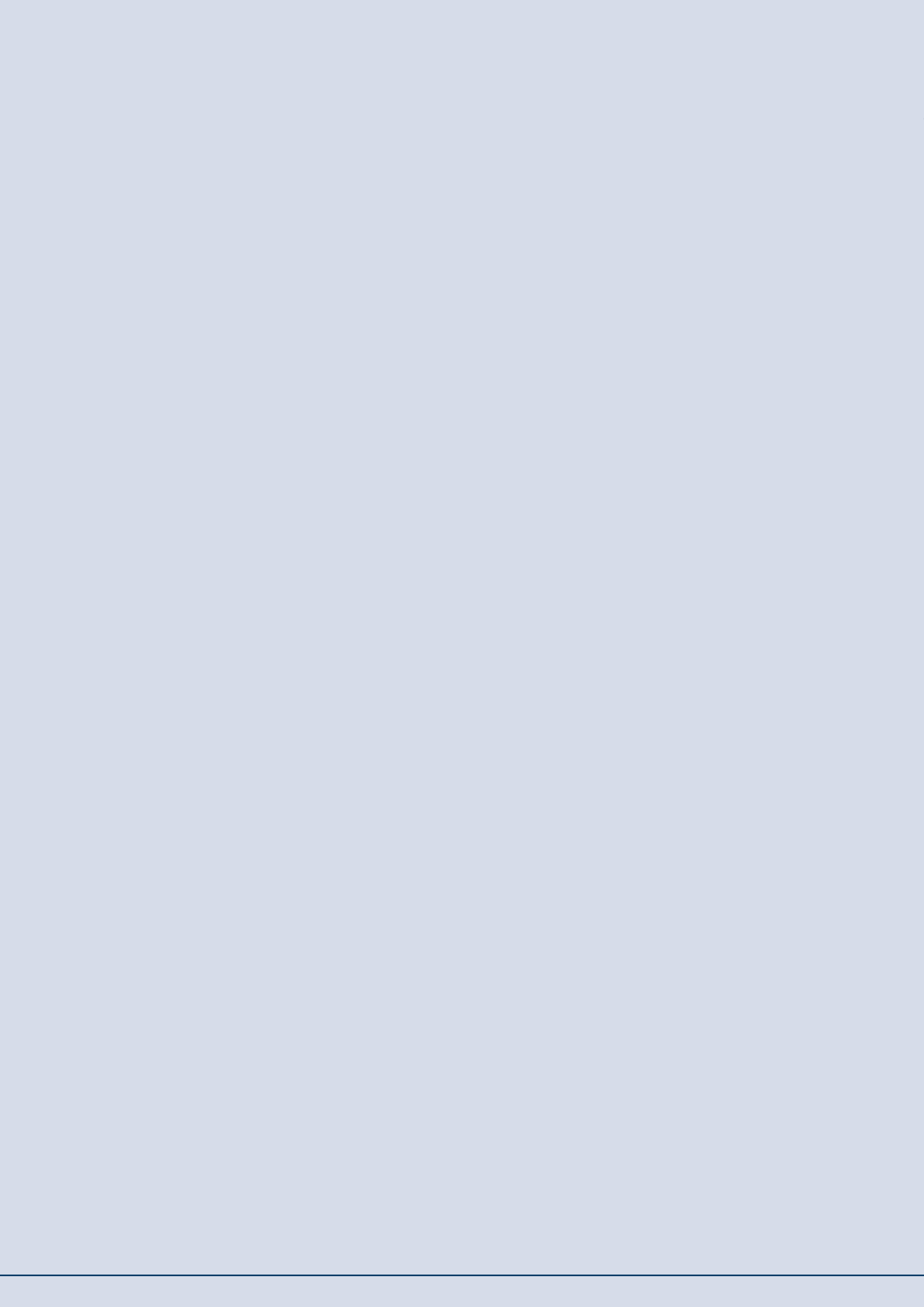
UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione **Unipol**

Unipol
GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

NOTA INFORMATIVA	Pagina
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 7
1 Informazioni generali	2 di 7
2 Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 7
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	2 di 7
3 Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni	2 di 7
4 Periodi di carenza contrattuale	3 di 7
5 Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio Questionario Sanitario	3 di 7
6 Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione	3 di 7
7 Premi	3 di 7
8 Adeguamento del premio e delle somme assicurate	3 di 7
9 Diritto di recesso	4 di 7
10 Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	4 di 7
11 Legge applicabile al contratto	4 di 7
12 Regime fiscale	4 di 7
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	4 di 7
13 Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo	4 di 7
14 Assistenza diretta - Convenzioni	4 di 7
15 Reclami	4 di 7
16 Arbitrato irrituale	5 di 7
• Glossario	6 di 7
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	Pagina
• Norme che regolano l'Assicurazione Malattia	2 di 11
• Norme per la liquidazione dei sinistri Malattia	5 di 11
• Norme che regolano l'Assicurazione in generale	6 di 11
• Condizioni Particolari	7 di 11
• Grandi Interventi Chirurgici	8 di 11
• Articoli di Legge - Codice Civile	10 di 11
INFORMATIVA PRIVACY	Pagina
Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 2



NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione Malattia “Polizza Malattia Rischi Speciali” (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,

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

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

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

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link: http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

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

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

La Nota informativa si articola in tre sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111, telefax: 051.375349, siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del

24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2013, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.076.312.130,36, con capitale sociale pari ad € 1.977.533.765,65 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.765.037.497,82. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,52.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato senza clausola di tacito rinnovo.

Avvertenza: il contratto, cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta tra le parti. Si rinvia all'Art. 5.10 “Non tacita proroga - Periodo di assicurazione - facoltà di recesso” delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Norme che regolano l'Assicurazione in generale e differenziate in base alle scelte effettuate dal Contraente, sono le seguenti:

a) MALATTIA / INFORTUNI:

- La Società liquida, nei limiti del massimale convenuto, le spese sostenute per ricoveri in Istituto di Cura o Intervento Chirurgico Ambulatoriale resi necessari da infortunio, malattia, parto o aborto terapeutico. Si rinvia all'Art. 1.2 “Garanzie Prestate” lettera A) delle Norme che regolano l'Assicurazione Malattia per gli aspetti di dettaglio.
- La Società liquida, fino alla concorrenza del 10% del massimale convenuto per la garanzia di cui alla lettera A), le spese precedenti e/o successive il ricovero, con o senza intervento chirurgico, in Istituto di Cura o in caso di intervento chirurgico ambulatoriale.
- La Società liquida le spese sostenute per ricoveri in Istituto di Cura resi necessari per Grande Intervento Chirurgico. Si rinvia all'Art. 1.2 “Garanzie Prestate” lettera B) delle Norme che regolano l'Assicurazione Malattia per gli aspetti di dettaglio.
- La Società liquida, fino alla concorrenza del 10% del massimale convenuto per la garanzia di cui alla lettera B), le spese precedenti e/o successive al ricovero con Grande Intervento Chirurgico, in Istituto di Cura.
- La Società liquida, a seguito di ricovero in Istituto di Cura o Intervento Chirurgico Ambulatoriale reso necessario da infortunio, malattia una indennità giornaliera. Si rinvia all'Art. 1.2 “Garanzie Prestate” lettera C) delle Norme che regolano l'Assicurazione Malattia per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Per le esclusioni generali si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, all'articolo 1.7 "Rischi esclusi dall'Assicurazione" e per le sospensioni all'articolo 1.8 "Persone non assicurabili e cessazione dell'Assicurazione" delle Norme che regolano l'Assicurazione Malattia.

Inoltre ciascuna garanzia è soggetta a limitazioni ed esclusioni proprie per le quali si rinvia ai singoli articoli delle Condizioni di assicurazione, alla Scheda di polizza e relativi allegati per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali per il dettaglio dei quali si rinvia all'articolo 2.3 "Liquidazione dell'indennizzo e relativi scoperti" delle Norme per la liquidazione dei sinistri Malattia, alle Condizioni Particolari, alla Scheda di polizza e relativi allegati.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie e scoperti mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento del rimborso:

1° esempio

Un nostro Assicurato, che ha sottoscritto la polizza con garanzia "A" ricovero in Istituto di cura o intervento chirurgico ambulatoriale, a seguito di infortunio riporta la lesione del menisco destro.

All'atto delle dimissioni paga € 8.000,00 a fronte dell'intervento subito.

La Società, a € 8.000,00 applica lo scoperto del 20% che ammonta a € 1.600,00; poiché questo importo è superiore al minimo previsto (€ 750,00) e inferiore al massimo previsto (€ 7.500,00), all'Assicurato verrà rimborsato un importo pari a € 6.400,00.

2° esempio

Un nostro Assicurato, che ha sottoscritto la polizza con garanzia "B" ricovero per Grande Intervento Chirurgico, a seguito di malattia si deve sottoporre ad intervento ricompreso nell'elenco presente in polizza.

Le spese da lui sostenute sono pari a € 35.000,00.

La Società, pertanto rimborserà integralmente la spesa sostenuta dall'Assicurato (€ 35.000,00).

3° esempio

Un nostro Assicurato, che ha sottoscritto la polizza con garanzia "C" indennità per ricovero in Istituto di cura con diaria di € 100,00 al giorno, viene ricoverato a seguito di una ischemia cerebrale (ictus), restando in ospedale per 20 giorni.

La Società, rimborserà la somma di € 1.900,00 così conteggiato: € 100,00 x 19 giorni di ricovero (le condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come un solo giorno).

Avvertenza: la copertura, è prestata fino alla scadenza

annuale del premio successiva al compimento da parte dell'Assicurato del limite massimo di età indicato all'art. 1.8 lettera a) delle Norme che regolano l'Assicurazione Malattia al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza: la copertura è prestata con i "Termini di Aspettativa" indicati all'Art. 1.4 delle Norme che regolano l'Assicurazione Malattia, al quale si rimanda per gli aspetti di dettaglio.

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

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze che influenzano sulla valutazione del rischio rese in sede di conclusione del contratto, potrebbero comportare effetti sulla prestazione. Si rinvia all'art. 5.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Norme che Regolano l'Assicurazione in Generale per gli aspetti di dettaglio.

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

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione della professione

La polizza non è soggetta ad aggravamento e/o diminuzione del rischio né a comunicazione di variazione della professione del Contraente/Assicurato.

7. Premi

Il premio deve essere pagato per intero ed in via anticipata ad ogni annualità assicurativa all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto, oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate semestrali, trimestrali o quadrimestrali anticipate, che comporterà tuttavia oneri aggiuntivi rispettivamente pari al **3%**, al **4%** e al **5%** del premio della singola rata.

Si rinvia agli artt. 5.2 "Decorrenza della garanzia e pagamento del premio" e 5.3 "Frazionamento del premio" delle Norme che regolano l'Assicurazione in Generale per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società o l'intermediario assicurativo applicano sconti di premio in base alla forma di assicurazione prestata, ovvero per persona nel caso sul medesimo contratto risultino assicurate un numero di persone pari o superiore a 2 o per nucleo familiare.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate, ed i relativi premi, sono soggetti ad adeguamento automatico in misura costante di un'aliquota pari al 5%, salvo venga richiamato nella "Scheda di polizza" del contratto il codice 99 rinuncia "all'adeguamento delle somme assicurate". Si rinvia all'art. 1.9 delle Norme

che regolano l'Assicurazione Malattia per gli aspetti di dettaglio.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: la polizza non è soggetta al diritto di recesso salvo i casi di dichiarazioni inesatte o reticenze. In caso di durata poliennale è in facoltà del Contraente di recedere, ad ogni ricorrenza annuale, senza oneri mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di almeno trenta giorni.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

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

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- Malattia: 2,50%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: in caso di sinistro, l'Assicurato o il Contraente devono darne avviso per iscritto all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnata la polizza o alla Direzione della Società entro tre giorni da quando ne hanno avuto la possibilità; la denuncia del sinistro, deve essere corredata da documentazione medica attestante la natura della malattia o, in caso di infortunio, la natura e il tipo di lesioni subite, nonché la necessità della prestazione da effettuare. L'Assicurato, deve fornire ogni informazione richiesta dalla Società e consentire alla stessa di effettuare le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società medesima, è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di Cura.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Si rinvia agli articoli 2.1 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" e 2.3 "Liquidazione dell'Indennizzo e relativi scoperti" delle Norme per la Liquidazione dei Sinistri per gli aspetti di dettaglio per le modalità e termini della denuncia di sinistro e delle procedure di accertamento e

liquidazione del danno.

14. Assistenza diretta – Convenzioni

Avvertenza: la polizza non prevede l'assistenza diretta / convenzioni.

Per le modalità e termini riferiti alla liquidazione dei sinistri, si rimanda all'art. 2.3 delle Norme per la Liquidazione dei Sinistri Malattia.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02 51815353 - Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono (+39) 06-421331.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo: - all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;

- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

Nel caso in cui il Cliente e la Società concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

16. Arbitrato irrituale

Il contratto prevede che la Società e l'Assicurato possano demandare la risoluzione delle controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulle sue conseguenze ad un collegio di tre medici, che risiede nel comu-

ne, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

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

- **Anno:** periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.
- **Assicurato:** soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **Assicurazione:** contratto di assicurazione.
- **Contraente:** soggetto che stipula il contratto di assicurazione.
- **Day Hospital:** degenza diurna senza pernottamento in Istituto di cura per prestazioni chirurgiche e terapie mediche documentate da cartella clinica.
- **Difetto fisico / Malformazione:** alterazione/imperfezione/mancanza di un organo o di un apparato congenito ovvero verificatosi nel corso dello sviluppo fisiologico, che sia noto o evidente o diagnosticato in epoca antecedente alla stipula del contratto.
- **Documentazione sanitaria:** originali della cartella clinica e/o di tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).
- **Fascicolo Informativo:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composta da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di Assicurazione, Informativa Privacy.
- **Franchigia:** parte di danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato espresso in importo fisso o in giorni.
- **Grandi interventi chirurgici:** interventi chirurgici riportati nell'apposito elenco.
- **Indennizzo:** 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:** atto lecitamente effettuato in Istituto di cura, che si concretizza attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica. Si intende equiparata ad un intervento chirurgico anche la riduzione non chirurgica di fratture e lussazioni.
- **Istituto di cura:** struttura sanitaria a gestione pubblica o a gestione privata, regolarmente autorizzata dalle competenti Autorità alle prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Sono esclusi: stabilimenti termali, le case di riposo, strutture di convalescenza e di lungodegenza, istituti per la cura della persona ai fini puramente estetici o dietetici, fisioterapici, riabilitativi.
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.
- **Malattia:** ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Massimale:** somma massima indennizzabile per ciascuna persona o per ciascun nucleo familiare, secondo l'opzione prescelta, per uno o più sinistri nel corso dello stesso anno assicurativo.
- **Nucleo familiare:** persone risultanti dal certificato di "Stato di Famiglia" dell'Assicurato e nominativamente indicate nella Scheda di polizza.
- **Periodo assicurativo - Annualità assicurativa:** in caso di polizza di durata inferiore a trecentosessantacinque giorni, 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 trecentosessantacinque giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 dalla data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di trecentosessantacinque giorni (trecentosessantasei negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.
- **Polizza:** documento che prova l'esistenza del contratto assicurativo.
- **Premio:** somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
- **Questionario sanitario:** documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il questionario sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.
- **Ricovero:** degenza, documentata da cartella clinica, comportante pernottamento in Istituto di Cura.

- **Rischio:** probabilità che si verifichi un sinistro.
- **Scoperto:** percentuale applicabile all'ammontare dell'indennizzo che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.
- **Sinistro:** verificarsi di un fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- **Società:** l'Impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

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

Ed. 01/07/2014

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato
(Carlo Cimbri)



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA
00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol
Gruppo Finanziario 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 dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol
GRUPPO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 1.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società, in base alle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel Questionario Sanitario, in caso di malattia, parto, aborto terapeutico eseguito in conformità alle vigenti normative o infortunio, anche causato da colpa grave, si obbliga, alle condizioni di seguito pattuite:

- **per le Garanzie previste dai paragrafi A o B (Art. 1.2)**
a rimborsare, nei limiti del massimale convenuto nella Scheda di polizza del contratto - che si intende per persona e per anno assicurativo o, se richiamata la Condizione Particolare, per Nucleo familiare e per anno assicurativo - le spese sostenute per ricoveri in Istituto di cura o intervento chirurgico ambulatoriale come meglio indicato nei relativi paragrafi dell'art. 1.2;
- **per la Garanzia prevista dal paragrafo C (Art. 1.2)**
a corrispondere la somma convenuta nella Scheda di polizza per ciascun giorno di degenza in Istituto di cura come meglio indicato nel relativo paragrafo dell'art. 1.2.

Art. 1.2 - Garanzie prestate

A) Ricovero in Istituto di cura o intervento chirurgico ambulatoriale

(garanzia operante solo se espressamente descritta nella Scheda di polizza del contratto, indicato il massimale assicurato e corrisposto il relativo premio)

La garanzia riguarda il rimborso delle spese, sostenute dall'Assicurato:

- in caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, in Istituto di cura anche in regime di Day hospital;
- in caso di intervento ambulatoriale con il massimo di € 2.500,00 per sinistro;
- in caso di parto (naturale o cesareo), aborto terapeutico o naturale, appendiciti, adenoidi, tonsilliti, varici, ernie, emorroidi: con il massimo di € 3.500,00 per sinistro;
- in caso di intervento per cure dentarie rese necessarie esclusivamente a seguito di infortunio documentato, comprese le protesi dentarie.

La Società rimborsa le spese per:

- 1) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- 2) i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento. Relativamente agli apparecchi protesici la garanzia è estesa alla manutenzione e riparazione degli stessi con il limite massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo;
- 3) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- 4) le rette di degenza;
- 5) il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, verso l'Istituto di cura ed al ritorno dallo stesso, fino ad un importo di € 1.500,00 per anno assicurativo.

La Società rimborsa inoltre, nel limite del 10% del massimale assicurato, anche le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 6) gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei

novanta giorni precedenti all'inizio del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché direttamente collegati all'evento che ha determinato il ricovero stesso;

- 7) gli esami, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le terapie radianti, le chemioterapie, le cure termali - escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera - inerenti e conseguenti all'evento e sostenute nei novanta giorni successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero.

Qualora l'Assicurato, per il periodo di ricovero, non abbia sostenuto alcuna spesa, in quanto il ricovero stesso sia stato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, avrà diritto ad una indennità di € 100,00 per ciascun giorno di ricovero con pernottamento, con il massimo di cento giorni per anno assicurativo.

B) Ricovero per grande intervento chirurgico (garanzia operante solo se espressamente descritta nella Scheda di polizza del contratto, indicato il massimale assicurato e corrisposto il relativo premio)

La garanzia assicurativa riguarda il rimborso delle spese, sostenute dall'Assicurato in caso di ricovero in Istituto di cura per un "Grande Intervento Chirurgico", intesi per tali quelli dell'allegato elenco.

La Società rimborsa le spese per:

- 1) gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- 2) i diritti di sala operatoria e il materiale d'intervento, ivi compresi gli apparecchi protesici applicati durante l'intervento. Relativamente agli apparecchi protesici la garanzia è estesa alla manutenzione e riparazione degli stessi con il limite massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo;
- 3) l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali e gli esami, purché relativi al periodo di ricovero ed alla patologia che comporta il ricovero;
- 4) le rette di degenza;
- 5) il trasporto dell'Assicurato, con qualsiasi mezzo sanitariamente attrezzato, verso l'Istituto di cura ed al ritorno dallo stesso, fino ad un importo di € 1.500,00 per anno assicurativo.

La Società rimborsa inoltre, nel limite del 10% del massimale assicurato, anche le spese sostenute dall'Assicurato per:

- 6) gli accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche al di fuori dell'Istituto di cura, nei novanta giorni precedenti all'inizio del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero, purché direttamente collegati all'evento che ha determinato il ricovero stesso;
- 7) gli esami, l'acquisto di medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche ambulatoriali, i trattamenti fisioterapici o rieducativi, le terapie radianti, le chemioterapie, le cure termali - escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera - inerenti e

conseguenti all'evento e sostenute nei **novanta giorni** successivi alla cessazione del ricovero o alla data dell'intervento chirurgico senza ricovero.

La garanzia comprende il rimborso spese sostenute durante il ricovero in Istituto di cura in caso di trapianto d'organo sia quando l'Assicurato è donatore vivente che ricevente.

Nel caso di assicurato ricevente sono comprese in garanzia anche le spese per l'intervento chirurgico di prelievo ed il trasporto dell'organo.

Qualora l'Assicurato, per il periodo di ricovero, non abbia sostenuto alcuna spesa, in quanto il ricovero stesso sia stato a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, avrà diritto ad una indennità di **€ 100,00** per ciascun giorno di ricovero con pernottamento, con il massimo di **cento giorni** per anno assicurativo.

C) Garanzia indennità per ricovero in Istituto di cura (garanzia operante solo se espressamente descritta nella Scheda di polizza del contratto, indicato la somma giornaliera assicurata e corrisposto il relativo premio)

La Società corrisponde all'Assicurato l'indennità giornaliera indicata nella Scheda di polizza del contratto per ogni giorno di ricovero in Istituto di Cura per la **durata massima di trecentosessantacinque giorni** per ogni sinistro e per anno assicurativo.

Art. 1.3 - Anticipo dell'indennizzo

Qualora l'Assicurato a seguito di sinistro indennizzabile abbia sostenuto per il periodo di ricovero **spese rimborsabili a termini di polizza per un importo superiore a € 2.500,00**, ha facoltà di richiedere un anticipo, nell'ambito del massimale annuo, sull'indennizzo **pari al 60%**, di quanto già pagato. Verificata la richiesta, la Società eroga l'anticipo entro **trenta giorni** da essa ed alla definizione del sinistro viene effettuato il conguaglio.

Art. 1.4 - Termini di aspettativa

L'assicurazione decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto della polizza per gli infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;
- dal **trentesimo giorno** successivo a quello di effetto della polizza, per le malattie insorte dopo la stipulazione del contratto. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- dal **centottantesimo giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarati dall'Assicurato nel Questionario sanitario ed accettati dalla Società;
- dal **centottantesimo giorno** successivo a quello di effetto della polizza per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- dal **trecentesimo giorno** successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza

soluzione di continuità, di altra polizza emessa dalla Società riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

Art. 1.5 - Servizio militare

L'assicurazione resta valida durante il servizio militare di leva in tempo di pace o il servizio sostitutivo dello stesso, nonché durante i richiami per esercitazioni.

È considerato servizio militare di leva anche quello prestato volontariamente in corpi militari o paramilitari per l'assolvimento dell'obbligo di leva.

L'assicurazione è sospesa durante l'arruolamento per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale e durante la partecipazione a interventi militari fuori dai confini della Repubblica Italiana.

Art. 1.6 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 1.7 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

- a) le spese relative a conseguenze dirette di infortuni nonché malattie, malformazioni e stati patologici insorti, diagnosticati o curati o che hanno causato sintomi anteriormente alla stipulazione del contratto e non dichiarati alla Società o non evidenziati nel Questionario sanitario con dolo o colpa grave;
- b) le spese per l'eliminazione o correzione di difetti fisici congeniti e/o preesistenti alla stipulazione del contratto o per la correzione di vizi di rifrazione oculare;
- c) la cura per le malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e) gli infortuni causati da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, dall'uso non terapeutico di stupefacenti o dall'uso di allucinogeni;
- f) le conseguenze derivanti dall'abuso di alcolici e psicofarmaci, dal consumo non terapeutico di stupefacenti o di sostanze psicotrope; dall'uso di allucinogeni;
- g) gli 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, jumping, 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;
- h) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
 - i) l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
 - j) le terapie della fecondità, della sterilità e/o dell'impotenza;
 - k) 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. del 8/11/1991 pubblicato sulla G.U. 262) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
 - m) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari prevalentemente da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
 - n) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali - salvo quanto previsto dall'Art. 1.2 paragrafi A) e B) punto 7) - ancorché nell'ambito di Istituto di cura;
 - o) le cure odontoiatriche di tipo conservativo, protesico, implantologico, estrattivo ed ortodontico nonché quelle del periodonto, salvo quelle che si siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza o da malattia oncologica;
 - p) 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.), quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
 - q) 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 movimenti tellurici od eruzioni vulcaniche.

Art. 1.8 - Persone non assicurabili e cessazione dell'assicurazione

a) Per limite d'età

Se la Società non è a conoscenza dell'età dell'Assicurato, per mancata indicazione della medesima in polizza o in eventuali atti di variazione successivi, l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del **settantacinquesimo anno** di età dell'Assicurato.

L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

b) Per gravi affezioni

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

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

L'eventuale erroneo incasso dei premi, scaduti successivamente, da parte della Società, non costituisce deroga a quanto sopra stabilito e dà diritto al Contraente di richiederne la restituzione, con la maggiorazione degli interessi legali, in qualunque momento.

Art. 1.9 - Adeguamento delle somme assicurate

Premesso che il Contraente ha la facoltà di rinunciare all'adeguamento automatico di cui al presente articolo e, in tal caso, nella Scheda di polizza del contratto deve essere richiamato il **codice 99**, ad ogni scadenza annuale le somme assicurate ed il premio dell'annualità precedente saranno automaticamente aumentati in misura costante di un'aliquota pari al **5%**.

Qualora, in conseguenza di più adeguamenti, le somme assicurate ed il premio vengano a superare il **doppio** degli importi inizialmente stabiliti, le Parti avranno la facoltà, entro **sessanta giorni** dalla scadenza della rata cui si riferisce l'ultimo adeguamento, di rinunciare alla normativa di cui al presente articolo; in tal caso, dalla successiva scadenza, le somme assicurate ed il premio rimarranno quelli risultanti dall'ultimo adeguamento effettuato.

L'adeguamento di cui al presente articolo non opera per le franchigie espresse in percentuali, in giorni, e per i limiti minimi oltre i quali si applicano dette franchigie.

Art. 2.1 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

In caso di sinistro, l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso per iscritto all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società entro **tre giorni** da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'Art. **1913** del **Codice Civile**.

La denuncia del sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura della malattia o, in caso di infortunio, la natura e il tipo di lesioni subite nonché la necessità del ricovero o dell'intervento.

L'Assicurato, deve fornire ogni informazione richiesta dalla Società e consentire alla stessa di effettuare le indagini, le valutazioni e gli accertamenti ritenuti necessari dalla Società medesima.

Egli è altresì tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti dalla Società e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale al diritto all'indennizzo. Le spese relative ai certificati medici ed ogni altra documentazione medica richiesta sono a carico dell'Assicurato.

Art. 2.2 - Criteri di liquidazione

Per il pagamento dell'indennizzo l'Assicurato deve presentare gli originali delle notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate. A richiesta dell'Assicurato, la Società restituisce tutta la certificazione di spesa in originale, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle notule, distinte e ricevute per ottenerne il rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto previa trasmissione della documentazione relativa alle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto liquidato da terzi.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in Euro al cambio medio della settimana ricavato dalle quotazioni ufficiali in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assicurato.

Art. 2.3 - Liquidazione dell'indennizzo e relativi scoperti

1) **Garanzia A) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA O INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE (Art. 1.2 paragrafo A)**

La Società, a cure ultimate liquida:

1. le spese sostenute dall'Assicurato durante il periodo di ricovero, e precisamente le spese di cui ai punti **1), 2), 3) e 4)**, con l'applicazione per ogni sinistro di uno scoperto del **20%** con il minimo di **€ 750,00** ed il massimo di **€ 7.500,00**, che rimane a carico dell'Assicurato;
2. le altre spese sostenute dall'Assicurato e precisamente le spese di cui ai punti **5), 6) e 7)** con l'applicazione per ogni prestazione di uno scoperto del **20%** con il minimo di **€ 40,00**;
3. l'indennità sostitutiva delle spese di ricovero, in quanto le stesse sono a totale carico del S.S.N., integralmente senza applicazione di alcuna fran-

chigia o scoperto. La prima giornata di ricovero in Istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione. L'indennità sostitutiva non verrà corrisposta in caso di ricovero in Day hospital.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, il rimborso delle spese rimaste a suo carico sarà effettuato senza applicazione di alcuno scoperto.

2) **Garanzia B) RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (Art. 1.2 paragrafo B)**

La Società, a cure ultimate liquida:

4. le spese sostenute dall'Assicurato durante il periodo di ricovero, e precisamente le spese di cui ai punti **1), 2), 3) e 4)**, in misura integrale;
5. le altre spese sostenute dall'Assicurato e precisamente le spese di cui ai punti **5), 6) e 7)** in modo integrale entro il limite percentuale di massima previsto;
6. l'indennità sostitutiva delle spese di ricovero, in quanto le stesse sono a totale carico del S.S.N., integralmente senza applicazione di alcuna franchigia o scoperto. La prima giornata di ricovero in Istituto di cura e l'ultima sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione. L'indennità sostitutiva non verrà corrisposta in caso di ricovero in Day Hospital e del donatore.

Qualora l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, in forma diretta o indiretta, il rimborso delle spese rimaste a suo carico sarà effettuato senza applicazione di alcuno scoperto.

3) **Garanzia C) INDENNITÀ GIORNALIERA DA RICOVERO (Art. 1.2 paragrafo C):**

La Società, a cure ultimate, liquida all'Assicurato l'indennità stabilita per ciascun giorno di ricovero in Istituto di cura; la prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata di ogni ricovero, qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

Limitatamente ai ricoveri avvenuti in caso di parto (naturale o cesareo), aborto terapeutico o naturale, appendiciti, adenoidi, tonsilliti, varici, ernie, emorroidi, l'indennità viene corrisposta per la durata massima di **giorni cinque**.

Se il ricovero è effettuato in regime di day hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al **50%** di quella concordata e per un massimo di **centottanta giorni** per anno assicurativo.

Inoltre, limitatamente alle patologie croniche e/o recidivanti, la Società riconosce l'indennizzo massimo per anno assicurativo di **trenta giorni**.

Art. 2.4 - Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e sulle sue conseguenze, possono essere demandate - in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria - con apposito atto scritto, affinché siano decise a norma delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre me-

dici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Presidente del Consiglio dell'Ordine dei medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per metà alle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioran-

za di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Fascicolo Informativo – Contratto di Assicurazione Malattia Rischi Speciali

Art. 5.1 - Dichiarazioni relative Alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, e la stessa cessazione dell'assicurazione (Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile).

Art. 5.2 - Decorrenza della garanzia e pagamento del premio

Fermi i termini di aspettativa previsti dalle Norme che regolano l'assicurazione Malattia, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non vengono pagati il premio o le rate di premio successivi, 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 (Art. 1901 del Codice Civile).

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Direzione della Società.

Art. 5.3 - Frazionamento del premio

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concederne il pagamento frazionato. In caso di mancato pagamento delle rate di premio, trascorsi **quindici 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 avrà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del premio arretrato.

Art. 5.4 - Modifiche dell'assicurazione

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

Art. 5.5 - Recesso in caso di sinistro

Le Parti danno atto espressamente di rinunciare alla facoltà di disdettare la polizza a seguito di sinistro, salvi

però i casi di dichiarazioni inesatte o reticenze.

Art. 5.6 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o altro mezzo certo.

Art. 5.7 - Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'indennizzo.

In ogni caso la Società può, tuttavia, recedere dal contratto entro **sessanta giorni** dalla denuncia con preavviso di **giorni trenta**.

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 del lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;
- garanzie infortuni/malattie provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

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

Art. 5.8 - Assicurazioni obbligatorie

La presente assicurazione non è sostitutiva di eventuali polizze obbligatorie per legge ma opera in aggiunta ad esse.

Art. 5.9 - Assicurazione per conto terzi

Qualora la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così

come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 5.10 - Non tacita proroga - periodo di assicurazione - facoltà di recesso

Il presente contratto cessa alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta per le Parti. Resta inteso che nel caso in cui la polizza preveda una durata poliennale, il Contraente avrà comunque facoltà di recedere dal presente contratto al termine di ogni periodo di assicurazione, mediante invio di lettera raccomandata spedita almeno trenta giorni prima della scadenza annuale. Per i casi nei quali la legge o il contratto si riferiscono al periodo di

assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel quale caso esso coincide con la durata del contratto.

Art. 5.11- Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 5.12 - Rinvio alle norme di legge

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

CONDIZIONI PARTICOLARI

Fascicolo Informativo – Contratto di Assicurazione
Malattia Rischi Speciali

CONDIZIONI PARTICOLARI PER LE GARANZIE A) e B) - Art. 2.3

(Operanti solo se espressamente richiamate in polizza)

1) Abrogazione scoperto con minimo e massimo

A deroga di quanto previsto all'Art. 2.3 punto 1 Garanzia A) il rimborso delle spese sanitarie viene effettuato in modo integrale ovvero senza applicazione di alcuno scoperto. Inoltre, si conviene tra le parti che la Società rimborsa le rette di degenza, previste all'Art. 1.2 paragrafi A) e B) sino ad un importo massimo giornaliero di € 250,00.

2) Franchigia fissa di € 1.500,00

A deroga di quanto previsto all'Art. 2.3, la Società liquida l'importo dovuto a termini di polizza per la totalità delle prestazioni di cui al punto 1 Garanzia A), con una franchigia di € 1.500,00 per ciascun sinistro.

La presente franchigia non verrà applicata in caso di diaria sostitutiva per le spese di ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

3) Franchigia fissa di € 2.500,00

A deroga di quanto previsto all'Art. 2.3, la Società liquida l'importo dovuto a termini di polizza per la totalità delle prestazioni di cui al punto 1 Garanzia A), con una franchigia di € 2.500,00 per ciascun sinistro.

La presente franchigia non verrà applicata in caso di diaria sostitutiva per le spese di ricovero a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale.

4) Estensione attività sportive

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 1.7 lettera g), si conviene tra le Parti che sono compresi gli infortuni causati dalla pratica dei seguenti sports svolti a carattere ricreativo, con il massimo di € 5.000,00 per sinistro:

- pugilato;
- football americano;
- freeclimbing;
- discesa di rapide;
- atletica pesante;

- guidoslitta;
- bob;
- slittino;
- rugby;
- hockey.

5) Massimale unico per nucleo familiare ed anno assicurativo

(Condizione operante solo se espressamente richiamato il codice 24 nella Scheda di polizza del contratto)

Il massimale di polizza deve intendersi prestato per Nucleo familiare.

Pertanto, la somma indicata in polizza si intende prestata globalmente per tutte le persone assicurate, ed essa costituisce la massima esposizione della Società per uno o più sinistri nel corso della stessa annualità assicurativa.

CONDIZIONI PARTICOLARI PER LA GARANZIA C) - Art. 2.3

(Operanti solo se espressamente richiamate in polizza)

6) Franchigia fissa di tre giorni

A deroga di quanto previsto all'Art. 2.3 punto 3 Garanzia C), si conviene tra le Parti che per ogni sinistro indennizzabile a termine della presente polizza, la corresponsione della diaria decorrerà dal quarto giorno successivo di degenza continuativa.

7) Franchigia fissa di cinque giorni

A deroga di quanto previsto all'Art. 2.3 punto 3 Garanzia C), si conviene tra le Parti che per ogni sinistro indennizzabile a termine della presente polizza, la corresponsione della diaria decorrerà dal sesto giorno successivo di degenza continuativa.

8) Franchigia fissa di sette giorni

A deroga di quanto previsto all'Art. 2.3 punto 3 Garanzia C), si conviene tra le Parti che per ogni sinistro indennizzabile a termine della presente polizza, la corresponsione della diaria decorrerà dall'ottavo giorno successivo di degenza continuativa.

g) Estensione attività sportive

A parziale deroga di quanto previsto all'Art. 1.7 lettera g), si conviene tra le Parti che sono compresi gli infortuni causati dalla pratica dei seguenti sports svolti a carattere ricreativo con il **massimo di venti giorni per sinistro**:

- pugilato;
- football americano;

- freeclimbing;
- discesa di rapide;
- atletica pesante;
- guidoslitta;
- bob;
- slittino;
- rugby;
- hockey.

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Fascicolo Informativo – Contratto di Assicurazione
Malattia Rischi Speciali

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto coronarico singolo e/o multiplo
- Cardiocirurgia a cuore aperto, in età adulta e neonatale, compresi aneurismi e sostituzioni valvolari multiple (C.E.C.)
- Cardiocirurgia a cuore chiuso (senza C.E.C.), interventi di
- Correzione di coartazione aortica
- Fistole arterovenose del polmone, interventi per - Sostituzione valvolare singola (C.E.C.)
- Pericardiectomia parziale e totale
- Sostituzioni valvolari con bypass aorto coronarico (C.E.C.)
- Valvuloplastica chirurgica

COLLO

- Tiroidectomia totale
- Timectomia per via cervicale
- Resezione dell'esofago cervicale

CHIRURGIA GENERALE - ESOFAGO

- Esofagectomia totale con esofagoplastica, in un tempo, compresa linfadenectomia
- Esofago-gastrectomia totale, per via toraco laparotomica ed eventuale linfadenectomia
- Esofagoplastica
- Interventi nell'esofagite, nell'ulcera esofagea e nell'ulcerapost-operatoria
- Operazioni sull'esofago per stenosi benigne e megaesofago
- Operazioni per tumori, resezioni parziali basse, alte e totali
- Rientro per megaesofago

CHIRURGIA GENERALE - FEGATO E VIE BILIARI

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Deconnessione azygos-portale per via addominale
- Epato coledoctomia
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Papillotomia per via trans-duodenale
- Resezioni epatiche maggiori

CHIRURGIA GENERALE - INTESTINO

- Colectomia totale
- Megacolon: operazione addominoperineale di Buhamel

e Swenson

- Resezione ileo-cecale con linfadenectomia

CHIRURGIA GENERALE - RETTO - ANO

- Amputazione del retto per via addominoperineale in un tempo o in più tempi
- Resezione anteriore retto-colica

CHIRURGIA GENERALE - PANCREAS, MILZA

- Duodeno cefalo pancreatemia compresa eventuale linfadenectomia
- Enucleazione delle cisti
- Intervento per cisti e pseudocisti
- Interventi per fistole pancreatiche
- Marsupiazione
- Pancreatemia totale (compresa eventuale linfadenectomia)
- Pancreatite acuta, interventi demolitivi

CHIRURGIA GENERALE - STOMACO, DUODENO

- Fistola gastro-digiuno-colica, intervento per
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Resezione gastrica da neoplasie maligne
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica
- Stenosi congenita del piloro

CHIRURGIA ORO - MAXILLO - FACCIALE

- Asportazione della parotide per neoplasie maligne
- Lingua e pavimento orale, intervento per tumori maligni con svuotamento latero-cervicale funzionale o radicale
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale
- Cranio bifido con meningoencefalocele
- Esofago, atresia o fistole congenite dell' (trattamento completo)

- Neuroblastoma addominale
- Occlusione intestinale del neonato-ileomeconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Spina bifida: meningocele
- Spina bifida: mielomeningocele

CHIRURGIA PLASTICA RICOSTRUTTIVA

- Aplasia della vagina, ricostruzione per

CHIRURGIA TORACO - POLMONARE

- Ernia del diaframma
- Fistole del moncone bronchiale dopo exeresi o interventi assimilabili, intervento per
- Interventi per fistole bronchiali – cutanee
- Interventi su polmone cistico e policistico
- Pleuropneumectomia
- Pneumectomia, intervento di
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezioni segmentarie e lobotomia
- Timectomia per via toracica
- Toracoplastica totale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Aneurismi aorta addominale con dissecazione: resezione e trapianto
- Interventi per aneurismi dei seguenti vasi arteriosi: carotidi, vertebrale succlavia, tronco bronco-cefalico, aorta ed iliache
- Operazioni sulla aorta toracica ed addominale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Isterectomia con annessionectomia e linfoadenectomie per tumori maligni

NEUROCHIRURGIA

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Cerniera atlanto-occipitale, intervento per malformazioni
- Cordotomia, rizotomia e affezioni mieloradicolari varie, interventi di
- Craniotomia per tumori cerebellari, anche basali
- Encefalomeningocele, intervento per
- Fistola liquorale
- Interventi per epilessia focale
- Ipofisi, intervento per via transfenoidale
- Malformazione aneurismatica (aneurismi saccolari, aneurismi arterovenosi)
- Mielomeningocele, intervento per
- Neoplasie endocraniche o aneurismi, asportazione di
- Neoplasie, cordotomie, radicotomie ed affezioni meningomidollari, intervento endorachideo
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi (come unico intervento)
- Operazioni endocraniche per ascesso ed amatomia endocranico
- Rizotomie e microdecompressioni radici endocraniche

- Scheggetomia e craniectomia per frattura volta cranica con plastica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Traumi vertebro-midollari via anteriore, intervento per
- Traumi vertebro-midollari via posteriore
- Tumore orbitale, asportazione per via endocranica
- Tumori della base cranica, intervento per via transorale
- Tumori orbitari, intervento per

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA - INTERVENTI CRUENTI

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore
- Artrodesi vertebrale per via posteriore e anteriore
- Artroprotesi spalla, parziale
- Disarticolazione interscapolotoracica
- Emipelvectomie "interne" con salvataggio dell'arto
- Reimpianti di arto o suo segmento
- Scoliosi, intervento per
- Uncoforaminotomia o vertebrotonomia (trattamento completo)

OTORINOLARINGOIATRIA - LARINGE E IPOFARINGE

- Laringofaringectomia totale

UROLOGIA - APPARATO GENITALE MASCHILE

- Orchiectomia per neoplasie maligne con linfoadenectomie per tumori maligne

UROLOGIA - RENE

- Nefroureterectomia radicale più trattamento trombo-cavale (compresa surrenectomia)
- Surrenectomia

UROLOGIA - URETERE

- Megauretere resezione con reimpianto
- Ureteroenteroplastiche con tasche continenti (monolaterale), intervento di

UROLOGIA - VESCICA

- Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ileo o colobladder
- Cistectomia totale compresa linfoadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con neovescica rettale compresa
- Cistectomia totale compresa (infoadenectomia e prostatovesiculectomia o uteroannessiectomia con ureterosigmoidostomia bilaterale o ureterocutaneostomia
- Estroflia della vescica e derivazione
- Interventi per fistolascico-rettale
- Riparazione di fistola vescicointestinale
- Riparazione di vescica estrofica con neovescica rettale

TRAPIANTI DI ORGANNO

- Tutti

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

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

Art. 1891 - Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta

Se l'assicurazione è stipulata per conto altrui o per conto di chi spetta, il Contraente deve adempiere gli obblighi derivanti dal contratto, salvi quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato.

I diritti derivanti dal contratto spettano all'Assicurato, e il Contraente, anche se in possesso della polizza, non può farli valere senza espresso consenso dell'Assicurato medesimo.

All'assicurato sono opponibili le eccezioni che si possono opporre al Contraente in dipendenza del contratto.

Per il rimborso dei premi pagati all'assicuratore e delle spese del contratto, il Contraente ha privilegio sulle somme dovute all'assicuratore nello stesso grado dei crediti per spese di conservazione.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o 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 volere 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 persone o 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 applica-

to 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 Art. 1892 e 1893.

Art. 1900 - Sinistri cagionati con dolo o con colpa grave dell'Assicurato o dei dipendenti

L'assicuratore non è obbligato per i sinistri cagionati da dolo o da colpa grave del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, salvo patto contrario per i casi di colpa grave. L'assicuratore è obbligato per il sinistro cagionato da dolo o da colpa grave delle persone del fatto delle quali l'Assicurato deve rispondere.

Egli è obbligato altresì, nonostante patto contrario, per i sinistri conseguenti ad atti del Contraente, dell'Assicurato o del beneficiario, compiuti per dovere di solidarietà umana o nella tutela degli interessi comuni all'assicuratore.

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 ventiquattro 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 ventiquattro del **quindicesimo giorno** dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di **sei mesi** dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.

Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

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

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

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

L'Assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'Assi-

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

Ed. 01/07/2014

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

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

INFORMATIVA PRIVACY

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

Art. 13 D. Lgs 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

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

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi. Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. Il Suo indirizzo potrà essere eventualmente utilizzato anche per inviarLe, via posta, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

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

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

Come trattiamo i Suoi dati

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

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

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

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it
Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione Finanziaria, nonché per gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché per segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A., le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. www.unipol.it.
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; 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, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A, con sede in Bologna, via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario 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 dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it