



## **UNIPOLSAI SALUTE&PREVENZIONE**

### **Assicurazione Spese Sanitarie**

Gentile Cliente  
alleghiamo i seguenti documenti:

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



# Assicurazione spese sanitarie

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



Compagnia: UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: "UNIPOLSAI SALUTE & PREVENZIONE"

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 delle spese sanitarie nei casi di Malattia ed Infortunio.



### Che cosa è assicurato?

#### ✓ SPESE SANITARIE

L'Assicurazione, operante in caso di Malattia e di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto anche causati da colpa grave, consente di ottenere l'Indennizzo per:

Alta specializzazione: spese extraospedaliere, non necessariamente connesse a Ricovero e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto relativamente a Alta diagnostica radiologica, accertamenti e terapie contrattualmente indicate (esclusivamente mediante l'utilizzo dei Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute S.p.A. o avvalendosi di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionata con esso);

Prevenzione ematochimica: spese per Checkup Generale e tiroideo, (esclusivamente in Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute S.p.A. indicati dalla Centrale Operativa previa prenotazione);

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici post-prevenzione ematochimica: spese sostenute per visite specialistiche e Accertamenti Diagnostici che si rendono necessari a seguito degli esiti degli esami previsti dal pacchetto prevenzione ematochimica (esclusivamente in Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute S.p.A. indicati dalla Centrale Operativa previa prenotazione).

Tariffe Agevolate: servizio di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso i Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute S.p.A..

#### ✓ ASSISTENZA: servizi di Assistenza nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

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 Più Salute

Visite Specialistiche; Prevenzione Over 50; Prevenzione Odontoiatrica.

[per i dettagli vedasi il DIP Aggiuntivo]



### Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone che, prima della sottoscrizione della presente copertura assicurativa, 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.



### Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative - sia base che opzionali - offerte dal contratto sono applicate Franchigie (espresse in cifra fissa) indicate 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 ipotesi:

- ! **TUTTE LE GARANZIE**: conseguenze dirette di infortuni e di malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; cure per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona; trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; prestazioni relative alla gravidanza, interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze; prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale; conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale.
- ! **ASSISTENZA**: Prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà; aiuto in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle Prestazioni di Assistenza.



## Dove vale la copertura?

- ✓ **SPESE SANITARIE**: La copertura vale nel mondo intero.
- ✓ **ASSISTENZA**: l'assicurazione ha validità territoriale a seconda delle Prestazioni erogate.



## Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Si precisa che la Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato. 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.



## 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. Previo accordo di UnipolSai il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente tramite procedura automatica. In alternativa il Premio annuo può essere frazionato oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale. L'eventuale frazionamento è indicato in Polizza. Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto. Se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.



## 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 viene offerto con tacito rinnovo e in tal caso in assenza di disdetta si rinnova per un anno - e così successivamente - o senza tacito rinnovo, e in tal caso il contratto cessa automaticamente alla sua scadenza. Inoltre se è pattuito il tacito rinnovo e la Società comunica eventuali modifiche tariffarie intervenute, il mancato pagamento del premio comporta che il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.



## Come posso disdire la polizza?

In caso di Sinistro non puoi recedere dal contratto. Resta fermo quanto previsto dalla normativa in merito alle dichiarazioni inesatte o reticenti rilasciate in sede di conclusione del contratto.

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 Spese Sanitarie



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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOLSAI SALUTE & PREVENZIONE

Data 15/03/2020 - 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 S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, avente Sede Legale in Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna (Italia), tel. 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), iscritta all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046 e alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006, 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.

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?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni, si precisa che tutte le coperture sono offerte nei limiti dei Massimali e/o delle Somme assicurate concordate con il Contraente.

### Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

#### OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

<b>Garanzia Più Salute</b>	<b>Visite Specialistiche</b> UnipolSai, esclusivamente in Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute S.p.A. indicati dalla Centrale Operativa previa prenotazione, provvede al pagamento delle spese sostenute per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- una visita specialistica conseguente a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici</li> </ul>
	<b>Prevenzione Over 50</b> UnipolSai, esclusivamente in Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute S.p.A. indicati dalla Centrale Operativa previa prenotazione e per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno età, provvede al pagamento delle spese sostenute per i seguenti Accertamenti: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ecotomografia addome superiore e inferiore</li> <li>- Ecodoppler tronchi sovraortici.</li> </ul> La garanzia può essere utilizzata una sola volta per Assicurato e Annualità Assicurativa.
	<b>Prevenzione Odontoiatrica</b> UnipolSai, esclusivamente in Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute S.p.A. indicati dalla Centrale Operativa previa prenotazione, provvede al pagamento delle spese sostenute per: <ul style="list-style-type: none"> <li>- una visita specialistica odontoiatrica e di una seduta di ablazione del tartaro o di una seduta di trattamento per l'igiene orale all'anno, da effettuarsi in centri Sanitari Convenzionati.</li> </ul>



## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

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



## Ci sono limiti di copertura?

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

**Alta Specializzazione:** nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati si applica una Franchigia di € 80,00 per ogni prestazione/accertamento o ciclo di terapia.

Per la Sezione SPESE SANITARIE, sono previste le seguenti esclusioni di garanzia:

- le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- 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 protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto dalla garanzia supplementare;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche.



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

<b>Cosa fare in caso di sinistro?</b>	<p><b>Denuncia del sinistro:</b></p> <p><b>Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati</b> L'Assicurato, per tramite del Contraente (solo persona fisica), deve preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni utilizzando l'APP UnipolSai scaricabile direttamente su App Store e Play Store. In alternativa all'utilizzo dell'APP, oppure quando il Contraente di Polizza sia una persona giuridica, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A..</p> <p><b>Prestazioni in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso</b> L'Assicurato, per ottenere il rimborso in caso effettui prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, può rivolgersi direttamente all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o direttamente a UniSalute S.p.A..</p> <p><b>Assistenza</b> L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A. e specificare la prestazione richiesta.</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 di UnipolSai; in caso di utilizzo di Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso UnipolSai rimborserà le spese sostenute all'Assicurato, entro i limiti contrattualmente previsti.</p> <p><b>Gestione da parte di altre imprese:</b> UnipolSai, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri relativi alle Sezioni Spese sanitarie e Assistenza, nonché per l'erogazione delle prestazioni di Assistenza si avvale di UniSalute S.p.A. e della sua Centrale Operativa/Struttura Organizzativa.</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>	UnipolSai 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. UnipolSai, 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.



## Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Il Premio viene determinato in base all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto e viene adeguato con un aumento percentuale in funzione della fascia di età raggiunta dall'Assicurato in corso di durata contrattuale.
<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>Il contratto prevede un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun Indennizzo. La carenza varia a seconda della patologia denunciata dall'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto la copertura decorre dalle ore 24 del giorno di effetto della Polizza;</li><li>- per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto la copertura decorre dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza.</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, inclusi i nuclei familiari dei contraenti, che intendano tutelarsi per accertamenti di alta diagnostica e l'esecuzione di prestazioni di prevenzione in caso di malattia o infortunio;
- persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati per accertamenti di alta diagnostica e l'esecuzione di prestazioni di prevenzione in caso di malattia o infortunio.

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?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<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. È 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>
<b>All'IVASS</b>	<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: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.</p>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL' AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	<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>
<b>Negoziazione assistita</b>	<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>
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Arbitrato irrituale: Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e sulle sue conseguenze possono essere demandate con comunicazione scritta a 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 che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'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 & PREVENZIONE

Assicurazione Spese Sanitarie

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI/01266/000/00000/C - Ed. 15/03/2020

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

GLOSSARIO	1 di 25
1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	3 di 25
2. SEZIONE SPESE SANITARIE	8 di 25
3. SEZIONE ASSISTENZA	15 di 25
4. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	19 di 25
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	23 di 25

#### ***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 a carattere anche cruento e/o invasivo.

**Allegato Requisiti di assicurabilità:** documento stampato contestualmente alla Polizza che deve essere sottoscritto dall'Assicurato o, in caso di minore, da chi ne esercita la potestà genitoriale. L'Allegato Requisiti di assicurabilità fa parte integrante del contratto di Assicurazione ed è sulla base delle dichiarazioni in esso riportate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.

**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.

**Centrale Operativa:** la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

La Centrale Operativa provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

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

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

**Cure a carattere sperimentale:** terapie/procedure ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità.

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

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

**Franchigia:** la parte del danno, espressa in cifra fissa, che per ogni Sinistro rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

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

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

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

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

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

**Massimale/Somma assicurata:** 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.

**Medicina non convenzionale:** insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute della Medicina Ufficiale o Accademica.

**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. Il momento di insorgenza del sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione sanitaria assicurata.

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

**Struttura Organizzativa:** è la struttura di UniSalute attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno costituita da operatori e personale specializzato che eroga, con costi a carico della Società, le Prestazioni previste dalla Sezione Assistenza.

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

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

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. 1.1.1 Termini di aspettativa.

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

#### **Art. 1.1.1 - Termini di aspettativa**

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto della polizza per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;
- del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto.

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. 1.2 - Durata del contratto e sconto per poliennalità<sup>1</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.

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. 1.8 Criteri per l'adeguamento del Premio in base all'età dell'Assicurato anche l'importo della riduzione varierà di conseguenza.

#### **1 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. 1.3 - Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza <sup>2</sup>

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.

### Art. 1.4 - Recesso in caso di Sinistro

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

## Quando e come devo pagare

### Art. 1.5 - Pagamento del Premio <sup>3</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.

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

Dipende da cosa è stato pattuito al momento della conclusione del contratto. Se il contratto è stato concluso "senza tacita proroga" la copertura assicurativa cesserà di avere efficacia alla scadenza indicata senza bisogno di alcuna comunicazione tra le parti; ciò significa però che il Cliente dovrà prestare molta attenzione al fatto che alla scadenza si troverà privo di copertura. Se invece l'Assicurazione è stata stipulata "con tacita proroga" la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore Anno e così successivamente, fino a quando il Cliente o la Società non decideranno di dare disdetta con preavviso di almeno 30 giorni rispetto alla scadenza.

In caso di stipula "con tacita proroga", inoltre, a seguito di variazioni tariffarie dei Rischi assicurati la Società può proporre al Cliente - comunicandoglielo almeno 30 giorni prima della scadenza - un nuovo Premio: se il Cliente non accetta è sufficiente che non paghi il nuovo Premio e il contratto risulterà cessato alla scadenza.

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

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

#### Art. 1.6 - Frazionamento del Premio <sup>4</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, fermo l'eventuale decorso di nuovi termini di aspettativa di cui all'Art. 1.1.1 Termini di aspettativa.

#### Art. 1.7 Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D. (operante se indicato in Polizza il frazionamento mensile)

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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 4 della lettera a), il seguente messaggio: «Comunichiamo cessazione/sostituzione pol n° xx/xx/xxxx e revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio a decorrere da [GG mese AAAA]. Si rechi in Agenzia per regolarizzare la sua posizione UnipolSai Assicurazioni S.p.A.».
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 4 della lettera a), il seguente messaggio: «Seguito revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio da lei disposta per la pol n xxx/xxxxxxxx, le garanzie prestate in pol sono sospese. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento del Premio a decorrere da GG/mm/AAAA. UnipolSai Ass.ni».
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. 1.8 - Criteri per l'adeguamento del Premio in base all'età dell'Assicurato**

Il Premio viene determinato in base all'età dell'Assicurato al momento della sottoscrizione del contratto e viene adeguato con un aumento percentuale in funzione della fascia di età raggiunta dall'Assicurato in corso di durata contrattuale nei termini previsti dalla tabella di seguito riportata:

Fasce di età	Incremento di Premio Garanzia Base	Incremento di Premio Garanzia Più Salute (comprensivo dell'incremento di Premio della Garanzia Base)
0-20	0%	0%
21-30	40%	23%
31-40	22%	14%
41-49	18%	12%
50-60	10%	22%
61-65	9%	6%

Nel caso in cui l'Assicurato sottoscriva un contratto poliennale, il Premio rimarrà bloccato per tutta la durata della poliennalità; decorso questo termine, eventuali rate di Premio successive verranno calcolate in base al Premio corrispondente all'età raggiunta dall'Assicurato.

#### **Che obblighi ho**

#### **Art. 1.9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio**

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

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. 1.10 - Aggravamento / 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. 1.11 - Modifiche dell'Assicurazione e variazione delle persone assicurate**

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto. In caso di variazioni nel numero e delle generalità delle persone assicurate nel periodo di validità del contratto, qualora sussistano le condizioni di assicurabilità, si dovrà provvedere alla sostituzione del contratto.

#### **Art. 1.12 - 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. 1.13 - Altre assicurazioni**

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

**L'omessa comunicazione di cui sopra, se commessa condolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.**  
Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre Assicurazioni per lo stesso Rischio nei casi di:

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

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

#### **Art. 1.14 - Foro competente**

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

#### **Art. 1.15 - 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 <sup>5</sup>**

La Società si obbliga a indennizzare, sulla base delle dichiarazioni sottoscritte dall'Assicurato nell'Allegato "Requisiti di assicurabilità", **in caso di Malattia o di Infortunio** avvenuto durante l'operatività del contratto anche causati da colpa grave, le **spese sostenute** dall'Assicurato e previste dalle garanzie di seguito elencate:

- a) Alta specializzazione;
- b) Prevenzione ematochimica;
- c) Visite specialistiche e accertamenti diagnostici post-prevenzione ematochimica.

**a) Alta Specializzazione**

La Società provvede al pagamento delle **spese extraospedaliere**, non necessariamente connesse a Ricovero e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto, per le seguenti prestazioni:

**Alta diagnostica radiologica**

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Angiografia</li> <li>• Artrografia</li> <li>• Broncografia</li> <li>• Cisternografia</li> <li>• Cistografia</li> <li>• Cistouretrografia</li> <li>• Clisma opaco</li> <li>• Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)</li> <li>• Colangiografia percutanea (PTC)</li> <li>• Colangiografia trans Kehr</li> <li>• Colecistografia</li> <li>• Dacriocistografia/ Dacriocistotac</li> <li>• Defecografia</li> <li>• Fistelografia</li> <li>• Flebografia</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fluorangiografia</li> <li>• Galattografia</li> <li>• Isterosalpingografia</li> <li>• Mielografia</li> <li>• Retinografia</li> <li>• Rx esofago con mezzo di contrasto</li> <li>• Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto</li> <li>• Rx tenue e colon con mezzo di contrasto</li> <li>• Scialografia</li> <li>• Splenoportografia</li> <li>• Urografia</li> <li>• Vesciculodeferentografia</li> <li>• Video angiografia</li> <li>• Wirsungrafia</li> </ul> |
|---|--|

**Accertamenti**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ecocardiografia</li> <li>• Elettroencefalogramma</li> <li>• Elettromiografia</li> <li>• Mammografia o Mammografia Digitale</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• PET</li> <li>• Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)</li> <li>• Scintigrafia</li> <li>• Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)</li> </ul> |
|--|--|

**5 Per poter usufruire della copertura assicurativa devo necessariamente rivolgermi presso un Centro Sanitario Convenzionato con UniSalute?**

Dipende dalla tipologia di prestazione. Per l'Alta Specializzazione la copertura assicurativa opera sia per le prestazioni effettuate presso Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute che presso Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, variando nelle modalità di liquidazione del Sinistro (pagamento diretto da parte della Società o a rimborso all'Assicurato) e nell'applicazione di Franchigie. Per tutte le altre prestazioni la copertura assicurativa deve avvenire necessariamente presso un Centro Sanitario Convenzionato con UniSalute.

## Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

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

La prestazione può essere effettuata esclusivamente utilizzando previa prenotazione un Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute o avvalendosi di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionata con esso.<sup>6</sup>

La garanzia è prestata fino al raggiungimento di € 1.000,00 per Assicurato e Annualità Assicurativa.

## b) Prevenzione ematochimica

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo previa prenotazione di un Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute, provvede al pagamento delle seguenti prestazioni:

### CHECK UP GENERALE

- ast (got) - aspartato aminotransferasi
- alanina aminotransferasi (alt/gpt) /transaminasi (s)
- colesterolo totale
- creatinina
- colesterolo hdl
- ptt (tempo di tromboplastina parziale)
- tempo di protrombina/pt (tempo di quick)
- urea/azotemia (s)
- ggt (gamma gt) - gamma glutamil transpeptidasi
- glicemia/glucosio (s)
- trigliceridi
- esame urine completo (chimico-fisico-microscopico)
- emocromo
- ves - velocità di sedimentazione delle emazie

### CHECK UP TIROIDEO

- alfa amilasi (s/u)
- proteine (elettroforesi delle) (s)
- tireotropina (tsh)
- tiroxina libera (ft4/free t4)
- triiodotironina libera (ft3/free t3)
- bilirubina totale e frazionata

### **6 Come faccio a sapere quali sono i Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute?**

Per conoscere l'elenco delle strutture Convenzionate e dei medici convenzionati è sufficiente consultare l'APP UniSalute.



Le prestazioni sopra indicate potranno essere effettuate una sola volta per Assicurato e Annualità Assicurativa e in un'unica soluzione.

La garanzia è operante anche in assenza di Malattia o Infortunio.

### c) **Visite specialistiche e Accertamenti Diagnostici post-prevenzione ematochimica**

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo previa prenotazione di un Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute, provvede al pagamento delle spese sostenute per **visite specialistiche e Accertamenti Diagnostici** resi necessari dagli esiti degli esami previsti dalla garanzia di cui all'Art. 2.1 lettera b) Prevenzione ematochimica.

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

La garanzia è prestata fino al raggiungimento di € 250,00 per persona e per Annualità Assicurativa.

### **Art. 2.2 - Tariffe Agevolate <sup>7</sup>**

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

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

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

Il servizio è operante in Italia.

### **Cosa NON assicura**

#### **Art. 2.3 - Esclusioni**

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- b) le cure per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
- c) la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le prestazioni relative alla gravidanza, interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
- e) le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- f) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- g) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;

**7** *Posso usufruire di condizioni particolari se mi rivolgo a Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute anche per prestazioni non incluse nella mia copertura assicurativa?*

*Si, potrà prenotare la prestazione e vedersi applicata la tariffa agevolata prevista per chi è assicurato con il prodotto UnipolSai SALUTE&PREVENZIONE.*



- h) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- i) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- j) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- k) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale;
- l) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto all'Art. 2.5.1 lettera c) - Prevenzione odontoiatrica e quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
- m) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- n) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti o aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- o) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- p) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

#### Art. 2.4 Persone non assicurabili e risoluzione dell'Assicurazione

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

#### Come personalizzare<sup>8</sup>

#### Art. 2.5 - Garanzia Supplementare (a pagamento)

Il Contraente può scegliere di acquistare la Garanzia Supplementare di seguito proposta; la garanzia sarà operante solo se indicata in Polizza e se ne sia stato pagato il relativo Premio.

#### Art. 2.5.1 - Garanzia Più Salute

##### a) Visite Specialistiche<sup>9</sup>

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo previa prenotazione di un Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute, provvede al pagamento delle spese sostenute per:

- Una visita specialistica conseguente a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

#### 8 Posso personalizzare la mia copertura assicurativa?

*Si, poiché ogni Cliente ha la propria sensibilità e le proprie esigenze assicurative. Alle garanzie base di alta diagnostica e prevenzione ematochimica, si potrà aggiungere un pacchetto a pagamento di garanzie supplementari per una cura e prevenzione al TOP.*



#### 9 Per utilizzare la prestazione Visite Specialistiche della Garanzia Supplementare a pagamento, è necessaria la prescrizione medica?

*No, è possibile rivolgersi ad uno specialista convenzionato con Unisalute anche in assenza della prescrizione medica.*



La garanzia si intende operante anche per i seguenti Accertamenti:

- ECG, in caso di visita cardiologica;
- PAP Test, in caso di visita ginecologica;
- PSA, in caso di visita urologica.

La garanzia può essere utilizzata una sola volta per Assicurato e Annualità Assicurativa.

Nel caso in cui l'Assicurato fosse residente/domiciliato a una distanza superiore ai 30 km rispetto al Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute più vicino alla residenza/domicilio stesso, per usufruire della prestazione richiesta l'Assicurato potrà avvalersi, per tale prestazione, di un centro sanitario non convenzionato. Il rimborso in questo caso avverrà con l'applicazione delle medesime condizioni previste per i Centri Sanitari Convenzionati con la modalità di cui all'Art. 4.2 - Modalità di utilizzo della copertura al punto b) Prestazioni in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso.

#### b) Prevenzione Over 50 <sup>10</sup>

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo previa prenotazione di un Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute, per gli Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno età provvede al pagamento delle spese sostenute per i seguenti Accertamenti:

- Ecotomografia addome superiore e inferiore
- Ecodoppler tronchi sovraortici

La garanzia può essere utilizzata una sola volta per Assicurato e Annualità Assicurativa.

#### c) Prevenzione Odontoiatrica

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo previa prenotazione di un Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute, provvede al pagamento delle spese sostenute per:

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

La garanzia opera una sola volta per Assicurato e Annualità Assicurativa e in un'unica soluzione.

### Come assicura

#### Art. 2.6 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

#### Art. 2.7 - 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);

**10 Per utilizzare le prestazioni di prevenzione è necessario che io abbia sofferto o soffra tuttora di una patologia?**

No, l'utilizzo delle prestazioni di prevenzione non è collegato all'esistenza di una qualsiasi patologia - o anche solo di una sua predisposizione - essendo finalizzato proprio ad evitare l'insorgenza di stati patologici.

- 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) Alcolismo;
- j) Tossicodipendenza;

Non sono inoltre assicurabili i soggetti cui sia stata riconosciuta un'Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%.

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

#### **Art. 2.8 - Modalità di erogazione delle prestazioni <sup>11</sup>**

La Società, nei limiti previsti dalle garanzie e nelle modalità sotto indicate, provvede a:

##### **Art. 2.8.1 - Alta Specializzazione**

- a) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati**, a pagare le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato con l'applicazione di una Franchigia di € 80,00 per ogni prestazione/accertamento o ciclo di terapia;
- b) nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso**, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

**Art. 2.8.2 - Prevenzione ematochimica**, a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati le spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

**Art. 2.8.3 - Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici post-prevenzione ematochimica**, a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati le spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

**Art. 2.8.4 - Visite Specialistiche**, a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati le spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

**Art. 2.8.5 - Prevenzione Over 50**, a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati le spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

**Art. 2.8.6 - Prevenzione Odontoiatrica**, a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati le spese relative alle prestazioni ricevute dall'Assicurato.

#### **11 Come faccio a ricordarmi le delimitazioni e le modalità di liquidazione?**

Per avere un quadro riassuntivo chiaro su delimitazioni e modalità liquidative nonché sulle Franchigie presenti, è sufficiente consultare l'apposita tabella di sintesi che si trova al fondo della Sezione.



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

Garanzia Base	Limiti di Indennizzo	Franchigie	Modalità di Liquidazione
<b>Alta Specializzazione</b>	€ 1.000 per Assicurato e per Annualità Assicurativa.	€ 80 per ogni prestazione/ accertamento o ciclo di terapia nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese. In strutture del SSN, rimborso dei ticket sanitari.
<b>Prevenzione ematochimica</b>	Una sola volta per Assicurato e per Annualità Assicurativa.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese
<b>Visite specialistiche e accertamenti diagnostici post-prevenzione ematochimica</b>	€ 250 per Assicurato e per Annualità Assicurativa.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese
Garanzia Più Salute	Limiti	Franchigie	Modalità di Liquidazione
<b>Visite Specialistiche</b>	Una sola volta per Assicurato e per Annualità Assicurativa. Esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese
<b>Prevenzione Over 50</b>	Una sola volta per Assicurato e per Annualità Assicurativa. Garantisce le spese per Assicurati che abbiano compiuto il 50° anno di età.	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese
<b>Prevenzione Odontoiatrica</b>	Una sola volta per Assicurato e per Annualità Assicurativa. Una visita specialistica e una seduta di igiene orale Professionale per ablazione tartaro	-	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto spese

Cosa assicura**Art. 3.1 - Garanzia Base**

La Società si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenute.<sup>12</sup>

Per l'erogazione delle prestazioni, la Società si avvale di UniSalute.

**Tutte le prestazioni di consulenza e di Assistenza sono erogate in Italia**Prestazioni di consulenza

I seguenti **servizi di consulenza** vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800.822469 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia +39 051.6389046

**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.

**b) Prenotazione di prestazioni sanitarie**

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

**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 o alla Struttura Organizzativa di UniSalute richiedendo l'aiuto necessario con le seguenti modalità:

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.

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

- al numero verde 800-212477 se in Italia;
- al numero +39 051-6389048 se dall'estero specificando la prestazione richiesta. Le prestazioni sono rese tutti i giorni 24 ore su 24.

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



## Prestazioni di Assistenza

Le seguenti prestazioni di assistenza vengono fornite dalla Struttura Organizzativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800.212477. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 051.6389048.

### **c) Invio di medicinali a domicilio**

L'assistenza sarà prestata qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti ed egli o altro familiare e/o convivente, sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico.

La Compagnia di Assicurazioni provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo 3 volte l'anno per Assicurato. A carico dell'Assicurato resta solo il costo dei medicinali.

### **d) 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 e con il massimo di euro 300 per sinistro e per persona.

### **e) Trasporto in autoambulanza**

Nel caso in cui l'Assicurato, in seguito a Infortunio o Malattia, necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento inviando il mezzo di soccorso nel più breve tempo possibile. Le spese di trasporto sono a carico della Società sino ad un massimo di 300 km complessivi, comprensivi del viaggio di andata e di ritorno del mezzo inviato.

La garanzia non opera per i casi di emergenza, dove per emergenza si intende l'alterazione dello stato di salute caratterizzata da acuzie di tale gravità da costituire un pericolo per la vita del paziente: in tali casi risulta necessario richiedere l'intervento delle strutture pubbliche deputate in base alle norme di legge vigenti.

### **f) Pareri medici immediati**

Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia, necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Struttura Organizzativa fornirà, tramite i propri medici, le informazioni e i consigli richiesti.

## Cosa NON assicura

### **Art. 3.2 - Esclusioni**

L'assicurazione non è operante per le esclusioni previste all'Art. 2.3 Esclusioni del presente Contratto.

La Centrale Operativa non eroga:

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

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

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

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

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

### **Art. 3.5 - Validità territoriale**

L'assicurazione ha validità territoriale a seconda delle Prestazioni erogate, come indicato all'Art. 3.1 - Garanzia Base.

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

Garanzia Base Prestazioni erogate in Italia	Limiti e sottolimiti di Indennizzo	Franchigie e/o Scoperti
Invio di medicinali a domicilio	Il costo del trasporto, rimanendo a carico dell'Assicurato i costi dell'acquisto dei medicinali, massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare	-
Rientro dal ricovero di primo soccorso	Nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento con il massimo di € 300 per Sinistro e per persona	-
Trasporto in autoambulanza	Nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km	-

## NORME PER LA SEZIONE SPESE SANITARIE

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

In caso di Sinistro il Contraente/Assicurato deve:

- presentare denuncia alla Società secondo quanto previsto all'Art. 4.2 Modalità di utilizzo della copertura alla lettera a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati e alla lettera b) Prestazioni in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso;
- mettere a disposizione della Società, ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare il Sinistro;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle spese (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.);
- fornire tutta la Documentazione Sanitaria in copia fotostatica, o in originale se richiesta, necessaria per consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

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

### Gestione dei Sinistri

La Società, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri relativi alle Sezioni Spese sanitarie, si avvale di UniSalute S.p.A., e della sua Centrale Operativa.

La Società ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei Sinistri, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

### Art. 4.2 - Modalità di utilizzo della copertura

Quando il Contraente di Polizza sia una persona fisica, l'Assicurato, per tramite del Contraente, deve preventivamente chiedere la prenotazione delle prestazioni utilizzando l'APP UnipolSai scaricabile direttamente su App Store e Play Store

E' data facoltà all'Assicurato di impedire in qualsiasi momento la visualizzazione dei propri dati al Contraente. Tutte le informazioni relative alla procedura di gestione delle opzioni di visualizzazione dei dati sono reperibili sul sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) nella sezione dedicata al prodotto UnipolSai Salute & Prevenzione (<https://www.unipolsai.it/protezione/assicurazione-sanitaria/salute-protezione>).

Qualora l'Assicurato decida di attivare l'opzione di impedimento di visualizzazione dei dati, potrà usufruire dei servizi di prenotazione e richiesta rimborso che non prevedono l'utilizzo dell'APP UnipolSai.

Quando il Contraente di Polizza sia una persona fisica, ed in alternativa all'utilizzo dell' APP, oppure quando il Contraente di Polizza sia una persona giuridica, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800.822469 in Italia e al numero +39 051.6389046 se dall'estero e specificare la prestazione richiesta nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Sul sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) sono sempre descritte le modalità di fruizione del prodotto.

Tramite l'APP UnipolSai l'Assicurato può consultare e conoscere nel dettaglio i Centri Sanitari Convenzionati ed i medici convenzionati a Sua disposizione.

#### a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati

L'Assicurato deve presentare al Centro Sanitario Convenzionato, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e, qualora richiesto dalle Condizioni di Assicurazione, la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

UniSalute provvederà ad inviare al Centro Sanitario Convenzionato la “presa in carico” relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La “presa in carico” varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

La Società provvederà a liquidare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di Polizza.

Il Centro Sanitario Convenzionato non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale Assicurato o non autorizzate.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

L'Assicurato deve saldare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato eventuali franchigie a suo carico previste dalle condizioni di Assicurazione nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.

Nel caso in cui la prestazione non sia Indennizzabile in base alle condizioni contrattuali, la Centrale Operativa comunica la decisione al Centro Sanitario Convenzionato e all'Assicurato; quest'ultimo deve sostenere in proprio le spese relative alle prestazioni richieste ed eventualmente richiedere il Rimborso alla Società, secondo le modalità indicate al punto b) Prestazioni in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso.

Gli Indennizzi che dovessero successivamente essere riconosciuti come dovuti saranno tuttavia liquidati come se fosse stata autorizzata la prestazione in convenzione.

Qualora l'Assicurato utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'autorizzazione e l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute non verranno rimborsate.

#### **b) Prestazioni in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso**

L'Assicurato per ottenere il rimborso secondo le modalità indicate nella Sezione Spese Sanitarie, potrà adottare una delle seguenti modalità:

- rivolgersi direttamente all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza;
- inviare direttamente a UniSalute S.p.A. Rimborsi UnipolSai c/o CMP BO Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO;

Quando il Contraente di Polizza sia una persona fisica, in alternativa a quanto sopra indicato, il Contraente potrà utilizzare l'APP UnipolSai caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso.

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

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico secondo le modalità indicate nella Sezione Spese Sanitarie e nei limiti previsti in Polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

#### **Art. 4.3 - Modalità di accesso al servizio Tariffe Agevolate**

Per usufruire del servizio di Tariffe Agevolate, le prestazioni devono essere preventivamente richieste utilizzando l'APP UnipolSai, come previsto all'Art. 4.2 Modalità di utilizzo della copertura.

Nel caso di richiesta di fruizione del servizio di Tariffe Agevolate per la prenotazione di un ricovero dovrà essere preventivamente contattata la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A:

- al numero verde **800.822469** in Italia;

- al numero **+39 051.6389046** se dall'estero specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal Lunedì al Venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

#### **Art. 4.4 - Gestione dei documenti di spesa**

In caso di Sinistro la documentazione comprovante le spese sostenute dall'Assicurato viene gestita secondo le seguenti modalità:

- a) Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati**, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate viene consegnata direttamente dal Centro Sanitario Convenzionato all'Assicurato.
- b) Nel caso di Prestazioni in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso**, la Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, mette a disposizione, attraverso l'APP UnipolSai, il riepilogo delle richieste di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

#### **Art. 4.5 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente ricevute**

In caso di prestazione sanitaria effettuata in un Centro Sanitario Convenzionato o in Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale, ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 2033 del Codice Civile, **dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate dalla Società al Centro Sanitario Convenzionato o rimborsate al Cliente stesso.**

### **NORME PER LA SEZIONE ASSISTENZA**

#### **Art. 4.6 - Denuncia e obblighi in caso di Sinistro**

L'Assicurato deve contattare immediatamente la Centrale Operativa/Struttura Organizzativa 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. 4.7 - Modalità per richiedere le Prestazioni di consulenza e 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/Struttura Organizzativa.

**La Società ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei Sinistri, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle Prestazioni garantite.**

**Per le Prestazioni di consulenza di cui all'Art. 3.1 Garanzia Base, lettere a) e b) l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:**

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

per chi chiama dall'estero: comporre il numero + 39 051.6389046.

**Per le prestazioni di Assistenza di cui all'Art. 3.1 Garanzia Base, lettera c), d), e) e f) l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:**

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

per chi chiama dall'estero: comporre il numero +39 051.6389048.

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

### **Art. 4.8 - 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.

### **Art. 4.9 - Arbitrato irrituale**

Fermo il diritto delle parti di adire l'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. 4.10 - 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. 4.9 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. 1341 Condizioni Generali di Contratto**

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

#### **Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari**

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

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

#### **Art. 1888 Prova del contratto**

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

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

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

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

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

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

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

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

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in

proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

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

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

#### **Art. 1897 Diminuzione del rischio**

Se il Contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

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

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

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

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

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

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

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

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

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

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

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

Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913 c.c., indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione

delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

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

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

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

#### **Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio**

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

#### **Art. 2033 Indebito oggettivo**

Chi ha eseguito un pagamento non dovuto ha diritto di ripetere ciò che ha pagato. Ha inoltre diritto ai frutti e agli interessi dal giorno del pagamento, se chi lo ha ricevuto era in mala fede, oppure, se questi era in buona fede, dal giorno della domanda.

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

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









# INFORMATIVA PRIVACY

## Informativa al cliente sull'uso dei suoi dati personali e dei suoi diritti

### Gentile Cliente,

ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), ti informiamo che, per fornirti i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, eventualmente anche a favore dei tuoi familiari e/o altri soggetti assicurati, UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ha la necessità di utilizzare alcuni dati che ti riguardano e che riguardano i tuoi familiari e/o gli altri soggetti di cui sopra, per le finalità e nei termini di seguito indicati.

### QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica, IBAN), che tu stesso o altri soggetti<sup>1</sup> ci fornite, indispensabili per fornirti i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione<sup>2</sup>, e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza.<sup>3</sup> In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirti correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a tuoi recapiti (telefonici e indirizzo di posta elettronica) può inoltre risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderai di registrarti all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare l'App UnipolSai per dispositivi mobili utilizzeremo questi dati anche per identificarti come nostro assicurato e per fornirti i servizi previsti dalla tua polizza ed inviarti le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a te ed ai tuoi familiari e/o altri soggetti eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite la sezione dedicata dell'"Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite la sezione dedicata dell'App UnipolSai dal tuo *smartphone*, e per fornirti, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle tue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri, anche riguardanti la posizione degli altri soggetti eventualmente assicurati.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati<sup>4</sup> (idonei a rivelare le tue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del sito UnipolSai, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App UnipolSai) per dare corso alle prestazioni previste dalla tua polizza e per fornirti i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite)<sup>2</sup> e per adempimenti normativi<sup>3</sup>. Il conferimento di questi dati è necessario per poterti fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso tuo o degli altri eventuali interessati.<sup>5</sup>

I tuoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che ti riguardano<sup>6</sup> o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>3</sup>. I tuoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

### PERCHÉ TI CHIEDIAMO I DATI

I tuoi 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 te richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i tuoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo<sup>8</sup>. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario

per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

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

## COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I tuoi dati e quelli dei tuoi familiari e/o degli altri soggetti eventualmente assicurati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che ti riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto.<sup>7</sup> Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UnipolSai, del Gruppo Unipol.<sup>8</sup> In particolare, con riguardo ai servizi assicurativi previsti in polizza, **ti precisiamo che i tuoi dati personali saranno trattati da UniSalute S.p.A., società facente parte del Gruppo Unipol, cui UnipolSai ha affidato l'erogazione degli stessi individuandola quale Responsabile del trattamento; a tal fine i dati personali da te forniti (tuoi e/o degli altri soggetti eventualmente assicurati) saranno gestiti e conservati anche nei sistemi informativi di UniSalute S.p.A., la quale utilizzerà i predetti dati per implementare il proprio sistema informativo, nel quale potrebbero essere già presenti dati personali riferibili a te o agli altri soggetti assicurati, trattati da UniSalute quale Titolare del trattamento.** Inoltre, 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.

Potremo trattare eventuali dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi allo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (tu o eventuale altro soggetto interessato).

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore degli altri soggetti eventualmente assicurati, alcuni dati, anche appartenenti a categorie particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a tua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. È comunque fatto salvo il diritto di ciascun interessato di impedire la visualizzazione da parte degli altri assicurati/beneficiari di polizza dei propri dati, usufruendo dei servizi di prenotazione e richiesta rimborso che non prevedono l'utilizzo dell'App UnipolSai.

## QUALI SONO I TUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) ti garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che ti riguardano, di richiedere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, la portabilità dei dati che ci hai fornito, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), di opposti al trattamento per motivi legati alla tua situazione particolare, nonché, ove il trattamento dei tuoi dati sia basato sul consenso da te espresso, di revocarlo senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca.

Titolare del trattamento dei dati personali è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ([www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)) con sede in Via Stalingrado, n. 45 - 40127 Bologna (BO).

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

### Note

- 1 Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui 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; soggetti ai quali, per soddisfare le tue 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 Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, 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 Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 3 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, (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.
- 4 Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- 5 Ti facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., senza il tuo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da te richieste o previste in tuo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria). 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 In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati e/o trattati, oltre che da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., UniSalute S.p.A. e da altre 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, 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.
- 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 Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it)







