



UNISALUTE PIÙ

Assicurazione Malattia e Infortuni

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: UniSalute S.p.A.

Prodotto: "UniSalute Più"

"UniSalute S.p.A. - C.F. 03843680376 – P.IVA 03740811207 Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00084 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112) 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 assicurazione offre una copertura delle spese sanitarie nei casi di Malattia ed Infortunio.



Che cosa è assicurato?

L'Assicurazione, operante ad integrazione delle prestazioni erogate dal Fondo Sanitario dell'Assicurato o in aggiunta a quelle non previste dal Fondo stesso, in caso di malattia e in caso di infortunio verificatisi durante l'operatività del contratto, permette all'Assicurato di ottenere l'Indennizzo delle spese mediche per forme di Ricovero, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale e di spese mediche extra ospedaliere.

GARANZIE OPERANTI :

- ✓ **Ricovero, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale ad integrazione massimale previsto dal Fondo Sanitario:** le spese mediche per Ricovero, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale in Istituto di cura previsto dal Fondo Sanitario in caso di esaurimento del Massimale del Fondo stesso.
- ✓ **Ricovero, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale in istituto di cura non previsto dal Fondo Sanitario:** le spese mediche per Ricovero, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale in Istituto di cura in caso di prestazioni non previste dal Fondo stesso.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone non iscritte ad un Fondo Sanitario.
- ✗ Non sono assicurabili, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Alle coperture assicurative offerte dal contratto **sono applicati Scoperti (espressi in percentuale) e Franchigie (esprese in cifra fissa) e massimali specifici per garanzia**, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.
- ! **Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni** (salvo che queste non siano derogate dalle singole garanzie):
 - le conseguenze dirette di Malattie e Infortuni insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto;
 - le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. Sono altresì escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
 - la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e le sindromi ansiose e/o depressive
 - tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
 - le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
 - i ricoveri ed i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
 - gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
 - i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
 - gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
 - il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di

- stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
- le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici;
- tutte le terapie mediche;
- le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
- le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (videoconsulto e/o teleconsulto).



Dove vale la copertura?

La copertura vale nel mondo intero.



Che obblighi ho?

Non sono previste ipotesi di aggravamento né di diminuzione del Rischio.



Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato in via anticipata al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale alla Direzione di UniSalute oppure all'agenzia/Intermediario Assicurativo, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente. Unisalute può concedere il pagamento frazionato in rate semestrali, quadrimestrali, trimestrali, senza oneri aggiuntivi. L'eventuale frazionamento è indicato in polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Fermo restando i periodi di carenza previsti contrattualmente, l'Assicurazione ha effetto e termina alle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'Art. 1901 c.c.

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 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'art 1899, 1° comma del Codice Civile; in tal caso la disdetta va comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione. Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.

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



Come posso disdire la polizza?

Il contratto di durata annuale cessa alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta.

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

Impresa/impresе ed eventuale intermediario che realizza il prodotto UniSalute
S.p.A., Prodotto UniSalute Più

Data: 15/09/2023 - 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.

UniSalute S.p.A. ("la Società"), 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. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it o info@unisalute.it.

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2022, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 241,1 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 102,2 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, 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 2022, è pari ad € 95,90 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 27,18 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 214,69 milioni e ad € 210,85 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,24 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

Al contratto si applica la legge italiana.



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.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Visite specialistiche, accertamenti diagnostici e alta specializzazione

UniSalute rimborsa franchigie o scoperti rimasti a carico dell'Assicurato per le prestazioni liquidate dal Fondo Sanitario oppure integra il massimale previsto dal Fondo Sanitario in caso di esaurimento dello stesso.



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 assicurative offerte dal contratto sono applicati i limiti contrattualmente indicati, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

LIMITAZIONI

GARANZIA BASE:

- Ricovero, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale ad integrazione delle garanzie previste dal Fondo Sanitario: non sono previsti franchigie o scoperti, ad eccezione di quelle previste dal Fondo stesso.
- Ricovero, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale non previsti dal Fondo Sanitario: le spese in strutture private convenzionate con UniSalute sono rimborsate senza l'applicazione di franchigie o scoperti.

Per entrambe le garanzie è previsto un massimale annuo complessivo di € 10.000,00 per Assicurato.

Se in corso di durata contrattuale l'Assicurato non risulta più iscritto al Fondo Sanitario, **le garanzie sono prestate con l'applicazione dello scoperto del 30% con un minimo non indennizzabile di 1.000 euro per ogni Ricovero in Istituto di Cura, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale.**

GARANZIE SUPPLEMENTARI:

- Alta specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici

È previsto un massimale annuo complessivo di € 1.500,00 per Assicurato.

Se in corso di durata contrattuale l'Assicurato non risulta più iscritto al Fondo Sanitario, **le garanzie sono prestate con l'applicazione dello scoperto del 30% con un minimo non indennizzabile di 60 euro per ogni prestazione.**

In aggiunta alle informazioni fornite nell'analoga Sezione del DIP DANNI, sono previste le seguenti ulteriori esclusioni:

Visite specialistiche: sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita

Accertamenti diagnostici: sono esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto, è possibile richiedere rimborso alla Società. Per il titolare coperto dal Fondo Sanitario, in caso di sinistro relativo alle garanzie RICOVERO, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL FONDO SANITARIO, VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E ALTA SPECIALIZZAZIONE l'Assicurato deve inviare il modulo di denuncia del sinistro, copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute, prescrizione contenente la patologia presunta o accertata, certificato di Pronto Soccorso (in caso di prestazioni extraricovero, dove previsto dalle singole garanzie) o copia della cartella clinica o scheda di dimissione ospedaliera (in caso di prestazioni di ricovero) all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO. Si intendono gli invii esclusivamente tramite posta, sono esclusi gli invii tramite servizio Corrieri.</p> <p>In caso di sinistro relativo alle garanzie RICOVERO, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL FONDO SANITARIO VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E ALTA SPECIALIZZAZIONE l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico, oppure può utilizzare la app "UniSalute Up", e caricare la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso.</p>
---------------------------------------	--

	<p>È possibile comunque richiedere il rimborso inviando il modulo di denuncia del sinistro, estratto conto rilasciato dal Fondo Sanitario, copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute, copia della cartella clinica o scheda di dimissione ospedaliera (in caso di prestazioni di ricovero).</p> <p>La suddetta documentazione dovrà essere inviata all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO. Si intendono gli invii esclusivamente tramite posta, sono esclusi gli invii tramite servizio Corrieri.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: In caso di sinistro relativo alle garanzie RICOVERO, DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO E VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E ALTA SPECIALIZZAZIONE è possibile chiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento delle prestazioni extraricovero sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Fai una nuova prenotazione" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti, oppure è possibile accedere ai servizi di prenotazione attraverso l'app "UniSalute Up" che si può scaricare direttamente su App Store e Play Store.</p> <p>Nel caso di ricovero o in cui non possa accedere ad internet o non possa scaricare la app "UniSalute Up", l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa.</p> <p>Il contratto prevede la possibilità di avvalersi di prestazioni di liquidazione diretta, mediante l'accesso ad un circuito di centri sanitari convenzionati con Unisalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. Unisalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti dei centri sanitari, sulla loro ubicazione e sui servizi.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese:</p> <p>La gestione dei Sinistri avvenuti all'estero relativi alla garanzia Servizi di assistenza è affidata a Unipol Assistance S.c.r.l. società non assicurativa.</p>
	<p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Obblighi dell'impresa	UniSalute si impegna a pagare il Sinistro all'Assicurato entro 30 giorni da quando il medesimo è stato definito previo accordo o all'esito della procedura arbitrale, dietro presentazione della documentazione richiesta e salvo che non ricorra una delle esclusioni contrattualmente previste.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Rimborso	Non sono previste ipotesi di rimborso del premio a favore del Contraente.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del giorno di effetto dell'assicurazione per gli infortuni; - del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie; - del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati

	<p>patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> - del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza; <p>Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa da UniSalute o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A. riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il termine di aspettativa di cui sopra opera:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali risultanti da quest'ultima risultanti; - dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e diverse prestazioni da essa previste. <p>Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data di variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Disdetta	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP DANNI

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Persone fisiche iscritte ad un Fondo Sanitario nell'annualità assicurativa di riferimento che intendono garantirsi il pagamento di spese mediche per Ricovero, Alta specializzazione, Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici in caso di Malattia o Infortunio, ad integrazione o in aggiunta alle coperture previste dal Fondo Sanitario di appartenenza.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
<p>costi di intermediazione. La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 18% del Premio netto.</p>	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-</p>

	<p>mail reclami@unisalute.it oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.</p> <p>I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela</p> <p>I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.</p> <p>I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it . Se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), il termine massimo di riscontro è di 60 giorni.</p> <p>Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.</p> <p>I reclami indirizzati all'IVASS contengono:</p> <ol style="list-style-type: none"> nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. <p>Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando tramite un avvocato di fiducia un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p> <p>Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>
Negoziazione assistita	<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>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>- Arbitrato irrituale: ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica possono essere demandate a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, 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.</p> <p>- Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.</p>

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

UNISALUTE PIU'

Contratto di Assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Versione del 15/09/2023

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



INDICE

GLOSSARIO	3
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE.....	7
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE.....	7
1.1 - EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	7
1.2 - PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI	7
1.3 - DURATA DELL' ASSICURAZIONE	8
1.4 - DIRITTO DI RECESSO	8
QUANDO E COME DEVO PAGARE	9
1.5 - PREMIO	9
1.6 - PAGAMENTO FRAZIONATO DEL PREMIO TRAMITE SERVIZIO S.D.D. (OPERANTE SE INDICATO IN POLIZZA IL FRAZIONAMENTO MENSILE)	9
1.7 - CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO	11
CHE OBBLIGHI HO.....	12
1.8 - AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO	12
ALTRE NORME	12
1.9 - MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	12
1.10 - ALTRE ASSICURAZIONI	12
1.11 - ONERI FISCALI	12
1.12 - FORO COMPETENTE.....	12
1.13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	12
1.14 - OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE.....	12
1.15 - LEGISLAZIONE APPLICABILE	13
1.16 - REGIME FISCALE.....	13
1.17 - RECLAMI	13
SEZIONE SPESE SANITARIE	15
COSA ASSICURA	15
2.1 - GARANZIA BASE.....	15
2.2 - RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DEL MASSIMALE PREVISTO DAL FONDO SANITARIO	15
2.2.1 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL FONDO SANITARIO	16

2.3 - RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO	16
2.3.1 -MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO.....	17
2.4 – CESSAZIONE DELL'ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO	17
2.5 - MASSIMALE ASSICURATO.....	17
COME PERSONALIZZARE.....	18
2.6 - GARANZIE SUPPLEMENTARI (A PAGAMENTO)	18
2.6.1 - ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	18
2.6.2 – CESSAZIONE DELL'ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO	18
2.6.3 - MASSIMALE ASSICURATO	19
CHE COSA NON È ASSICURATO.....	19
2.7 - PERSONE NON ASSICURABILI	19
2.8 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	19
COME ASSICURA	20
2.9 - PERSONE ASSICURATE	20
DOVE VALE LA COPERTURA?.....	20
2.10 - ESTENSIONE TERRITORIALE	20
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI.....	21
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	23
3.1 - DENUNCIA DEL SINISTRO.....	23
3.2 - SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE.....	23
3.3 - SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE ÌE PRESTAZIONI A RIMBORSO	24
3.4 - SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	25
3.5 - PAGAMENTO DEL SINISTRO	25
3.6 - GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	25
3.7 - PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	26
3.8 - CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	26
MODULO DENUNCIA DI SINISTRO RICHIESTA DI RIMBORSO	27
INFORMATIVA PRIVACY.....	28

GLOSSARIO

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

Agenti

Gli intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più imprese di Assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione A del registro.

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di Assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza

L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assistenza Infermieristica

Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

È la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico di UniSalute, le prestazioni previste dalla Polizza.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

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

Contraente

Il soggetto che stipula la Polizza.

Cure a carattere sperimentale

Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

Day-hospital

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei Medicinali).

FIN-NET

La rete per la risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari nello Spazio economico europeo, istituita sulla base della Raccomandazione della Commissione europea 98/257/CE del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo.

Fondo Sanitario

Fondo sanitario integrativo gestito da UniSalute (non rientrano nel perimetro le Casse di Previdenza e Assistenza professionali).

Franchigia

La parte di danno determinata in misura fissa che 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.

Imprese di Assicurazione

Le imprese di Assicurazione autorizzate in Italia e le imprese di Assicurazione comunitarie che svolgono la loro attività in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi o in regime di stabilimento.

Indennizzo

La somma dovuta da UniSalute in caso di Sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intermediari

Le persone fisiche o le società iscritte nel Registro Unico Elettronico degli intermediari Assicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

intermediari Assicurativi con residenza o sede legale in un altro Stato membro iscritti nell'Elenco annesso al registro di cui all'art. 116 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, abilitati ad operare in Italia in regime di stabilimento e di libera prestazione di servizi

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di Medicinali.

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di Cura

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

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dal 1° gennaio 2013.

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia Malformazione o Difetto fisico, e non sia dipendente da Infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di Polizza che rappresenta la spesa massima che UniSalute si impegna a prestare nei confronti delle persone Assicurate per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Mediatore

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di Assicurazione o di Riassicurazione iscritto nella sezione B del registro

Medicinale

Sostanza o associazione di sostanze che possa essere usata sull'uomo o somministrata allo stesso allo scopo di ripristinare, correggere o modificare, funzioni fisiologiche, esercitando un'azione farmacologica, immunologica o metabolica, ovvero di stabilire una diagnosi medica, che sia ritenuta idonea dall'Agenzia Italiana del Farmaco alla cura della patologia per la quale è stata prescritta.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1888 del Codice civile.

Premio

La somma dovuta dal Contraente a UniSalute.

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'impresa di Assicurazione, dell'eventuale intermediario Assicurativo, ad esempio il Contraente e l'Assicurato.

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di Assicurazione, dell'eventuale intermediario Assicurativo o di un intermediario Assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso, relativa a un contratto o a un servizio Assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Registro

Il registro unico elettronico degli intermediari Assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Scoperto

Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni Sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario – avvenuta e fatturata durante l'operatività del contratto - per la quale è prestata l'Assicurazione, che comporta un'attività gestionale per UniSalute.

UniSalute S.p.A.

La Compagnia Assicurativa

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi – dedicati al presente Piano Sanitario – con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Tariffa Agevolata

Importo per prestazioni in strutture sanitarie convenzionate, riservate all'Assicurato che non può usufruire dell'erogazione diretta da parte di UniSalute.

Terapie Mediche

Insieme di prestazioni non chirurgiche con finalità terapeutiche, di mantenimento o prevenzione, praticate con l'utilizzo fra gli altri di farmaci o altri presidi medici analoghi.

Visita medica specialistica

La prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata.

Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

1.1 - EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Polizza, se il Premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento, fermo restando quanto previsto dall'Art.

1.2 Periodi di Carenza contrattuali.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice civile.

1.2 - PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

La copertura Assicurativa decorre dalle ore 24 del:

- del giorno di effetto dell'Assicurazione per gli infortuni;
- del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le malattie;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione, per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'Assicurazione;
- del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione della Polizza;

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa dalla stessa UniSalute o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A. riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il termine di aspettativa di cui sopra opera:

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

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

1.3 - DURATA DELL' ASSICURAZIONE ¹

L'Assicurazione cessa alla scadenza del periodo prefissato indicato in Polizza, senza tacito rinnovo².

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. "Criteri per la determinazione del Premio" anche l'importo della riduzione varierà di conseguenza. Pertanto, se il contratto ha una durata superiore ai 5 anni il Contraente può esercitare la facoltà di recesso dal contratto solo dopo i primi 5 anni di durata contrattuale, ai sensi dell'art 1899, 1° comma del Codice civile; in tal caso la disdetta va comunicata almeno 30 (trenta) 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.

1.4 - DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

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. Se la durata è uguale o inferiore a cinque anni, il Cliente non potrà recedere in anticipo dal contratto

² La copertura Assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza?

Il contratto è stipulato "senza tacito rinnovo", la copertura termina automaticamente al raggiungimento della scadenza contrattualmente indicata.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

1.5 - PREMIO^{3 4}

Il Premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione di UniSalute oppure all'agenzia/, al quale è stato assegnato il contratto di UniSalute tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

UniSalute può concedere il pagamento frazionato del Premio annuale in rate (semestrali – quadrimestrali – trimestrali-mensili) anticipate senza oneri aggiuntivi.

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

In caso di mancato pagamento del Premio o della rata di Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

1.6 - PAGAMENTO FRAZIONATO DEL PREMIO TRAMITE SERVIZIO S.D.D. (OPERANTE SE INDICATO IN POLIZZA IL FRAZIONAMENTO MENSILE)

UniSalute 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. UniSalute 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 di UniSalute .
3. Il pagamento alla scadenza di ogni rata mensile sarà accettato da UniSalute con riserva di verifica e salvo buon fine.
4. UniSalute 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. UniSalute». Tale messaggio sarà inviato da UniSalute
:
- mediante SMS al seguente numero di cellulare [*].

b) Mancato addebito del pagamento di Premi

³ Cos'è il premio?

Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare alla Compagnia per attivare la copertura Assicurativa sottoscritta.

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.

1. Entro dieci giorni dalla scadenza della rata, la Banca del Contraente comunicherà a UniSalute l'eventuale mancato addebito dell'importo dovuto qualora, in fase di addebito, il conto sia risultato privo di fondi.
 2. In tal caso UniSalute 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. UniSalute».
- 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 a UniSalute eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revoche del servizio di addebito S.D.D. eventualmente disposte dallo stesso.
 2. In caso di sostituzione del contratto Assicurativo, qualora il Contraente intenda continuare ad avvalersi del pagamento tramite S.D.D. anche sul contratto sostitutivo ed il contratto sostitutivo preveda tale modalità di pagamento, questi dovrà contestualmente sottoscrivere un nuovo mandato di adesione al servizio S.D.D.
 3. In caso di cessazione o sostituzione del contratto Assicurativo, UniSalute 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 UniSalute».
 4. In caso di revoca del servizio di addebito S.D.D. disposta dal Contraente, UniSalute 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 Polizza sono sospese. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento del Premio a decorrere da GG/mm/AAAA. UniSalute».
 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 da UniSalute solo nel caso di pagamento tramite addebito S.D.D.

Il Contraente deve autorizzare espressamente UniSalute 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.

1.7 - CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DEL PREMIO⁵

Il Premio viene adeguato in funzione della fascia di età in cui rientra l'Assicurato secondo la seguente regola:

FASCE DI ETÀ'	PERCENTUALE DI INCREMENTO FASCIA DEL PREMIO
Fascia 1 (0-30)	-
Fascia 2 (31-40)	34%
Fascia 3 (41-50)	34%
Fascia 4 (51-60)	34%
Fascia 5 (over 61)	34%

⁵ Come viene adeguato il premio?

Il premio è stabilito in relazione alla fascia di età in cui rientra l'Assicurato. Esempio: Un Assicurato di 34 anni pagherà il medesimo Premio fino al compimento del quarantesimo Anno di età. Dopodiché il premio verrà adeguato del 34% per la successiva fascia di età.

CHE OBBLIGHI HO

1.8 - AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Non sono previste ipotesi di aggravamento né di diminuzione del Rischio.

ALTRE NORME

1.9 - MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della Polizza **debbono essere provate per iscritto**.

1.10 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare a UniSalute l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato, in caso di sinistro, di darne avviso a tutti gli assicuratori per iscritto, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

1.11 - ONERI FISCALI

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

1.12 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

1.13 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

1.14 - OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso, UniSalute invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

1.15 - LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

1.16 - REGIME FISCALE

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

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

1.17 - RECLAMI

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio Assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it**.

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi Dipendenti e Collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

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

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane – Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al Reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

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

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e di UniSalute , 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 a UniSalute o all'Intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e. ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

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

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il Reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet https://finance.ec.europa.eu/consumer-finance-and-payments/retail-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti alle controversie insorte in materia di contratti Assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto-legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

SEZIONE SPESE SANITARIE

COSA ASSICURA

2.1 - GARANZIA BASE

UniSalute in caso di Malattia e di Infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto, liquida le spese sostenute dall'Assicurato in caso di:

- Ricovero in Istituto di cura, Day Hospital e Intervento chirurgico ambulatoriale ad integrazione del Massimale previsto dal Fondo Sanitario;
- Ricovero in Istituto di cura, Day Hospital, Intervento chirurgico ambulatoriale non previsti dal Fondo Sanitario;

2.2 - RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DEL MASSIMALE PREVISTO DAL FONDO SANITARIO

UniSalute, **in caso di esaurimento del Massimale previsto dal Fondo Sanitario**, integra le spese relative a Ricovero in istituto di cura, Day Hospital e intervento chirurgico ambulatoriale per le seguenti prestazioni:

a) Pre Ricovero

Esami, Accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero stesso.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, Medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, Medicinali, esami, Accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di Ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 60,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero.

g) Post Ricovero

Esami e Accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero.

h) Trasporto Sanitario

Le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per Ricovero.

2.2.1 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DI QUANTO PREVISTO DAL FONDO SANITARIO.

La garanzia è prestata in forma rimborsuale senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

Resta inteso che, **eventuali franchigie o scoperti applicati dal Fondo Sanitario rimangono a carico dell'Assicurato.**

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate nella sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI", agli Artt. "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute e prestazioni a rimborso" e "Sinistri nel servizio sanitario nazionale".

2.3 - RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO.

UniSalute provvede al pagamento delle spese relative a Ricovero in istituto di cura, Day Hospital e intervento chirurgico ambulatoriale non previsti dal Fondo Sanitario, per le seguenti prestazioni:

a) Pre Ricovero

Esami, Accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero.
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, Medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, Medicinali, esami, Accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di Ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €. 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero.

g) Post Ricovero

Esami e Accertamenti diagnostici, Medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), trattamenti fisioterapici o

rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del Ricovero, purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che ha determinato il Ricovero. Sono compresi in garanzia i Medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

h) Trasporto sanitario

UniSalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.000,00 per Ricovero.

2.3.1 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO

La garanzia è operante esclusivamente in caso di utilizzo di una Struttura sanitaria convenzionata⁶ ed è prestata senza l'applicazione di scoperti o franchigie.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi con le modalità riportate nella sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI", all'Art. "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute".

Le spese verranno liquidate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate ad eccezione delle prestazioni di cui ai punti 1) Pre Ricovero, f) Assistenza infermieristica privata individuale, h) Trasporto sanitario, per le quali l'Assicurato deve chiedere il rimborso secondo le modalità riportate nella sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI", all'Artt. "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute e prestazioni a rimborso" e "Sinistri nel servizio sanitario nazionale".

2.4 – CESSAZIONE DELL'ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO

Se in corso di durata contrattuale l'Assicurato non risulta più iscritto al Fondo Sanitario, **le garanzie sono prestate con l'applicazione dello Scoperto del 30% con un minimo non indennizzabile di 1.000 euro per ogni Ricovero in Istituto di Cura, Day Hospital e Intervento Chirurgico Ambulatoriale.**

2.5 - MASSIMALE ASSICURATO

Il Massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 10.000,00 per Assicurato.

⁶ Come posso ottenere la prestazione?

L'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito già previsto dal Fondo Sanitario (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) al fine di attivare l'iter di valutazione della richiesta.

COME PERSONALIZZARE

2.6 - GARANZIE SUPPLEMENTARI (A PAGAMENTO) ⁷

Il Contraente può scegliere di acquistare la Garanzia Supplementare di seguito proposta; la garanzia è operante solo se indicata in Polizza.

2.6.1 - ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

UniSalute, per le prestazioni di Alta specializzazione, Visite Specialistiche ed Accertamenti diagnostici, conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto, provvede a:

- Rimborsare franchigie o scoperti rimasti a carico dell'Assicurato per le prestazioni liquidate dal Fondo Sanitario. Per ottenere il rimborso è necessario l'invio di documentazione che attesti la quota rimasta a carico e pagata dall'Assicurato.
- Integrare il Massimale previsto dal Fondo Sanitario in caso di esaurimento dello stesso. Per ottenere il rimborso è necessario l'invio di documentazione che attesti l'erosione del Massimale del Fondo Sanitario.⁸

La garanzia è operante esclusivamente se le prestazioni di Alta specializzazione, Visite Specialistiche ed Accertamenti diagnostici sono previste dal Fondo Sanitario.

Si intendono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche ed ortodontiche.

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

UniSalute provvede al **pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato** con le stesse modalità di erogazione previste dal Fondo Sanitario⁹, senza l'applicazione di franchigie o scoperti.

2.6.2 – CESSAZIONE DELL'ISCRIZIONE AL FONDO SANITARIO

⁷ Come posso personalizzare la mia copertura Assicurativa?

In aggiunta alle coperture ricovero (sempre operanti), è possibile integrare la Polizza con coperture supplementari relative a prestazioni di alta specializzazione, visite specialistiche ed Accertamenti diagnostici. La garanzia supplementare comporta una maggiorazione di premio rispetto a quello previsto per le sole coperture ricovero.

⁸ Quando posso richiedere l'integrazione del Massimale?

È possibile richiedere un'integrazione del Massimale nel caso in cui la prestazione per cui si chiede l'integrazione sia contrattualmente prevista nel Fondo Sanitario e si sia esaurito completamente il relativo Massimale.

⁹ Quale modalità di erogazione della prestazione posso utilizzare?

È possibile utilizzare esclusivamente la stessa modalità di erogazione prevista nel Fondo Sanitario. Esempio: Visita ortopedica – se previsto dal Fondo di appartenenza il solo l'utilizzo delle Strutture Convenzionate, la prestazione non potrà essere svolta con un diverso erogatore (strutture non convenzionate o in presso strutture del Servizio Sanitario Nazionale).

Se in corso di durata contrattuale l'Assicurato non risulta più iscritto al suddetto Fondo, **la garanzia è prestata con l'applicazione dello Scoperto del 30% con un minimo non indennizzabile di 60 euro per prestazione.**

2.6.3 - MASSIMALE ASSICURATO

Il Massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 1.500,00 per Assicurato.

CHE COSA NON È ASSICURATO

2.7 - PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili le persone non iscritte ad un Fondo Sanitario.

Se in corso di durata contrattuale l'Assicurato non risulta più iscritto al suddetto Fondo, l'Assicurazione opera fino al raggiungimento della scadenza annuale di Polizza, con l'applicazione dello Scoperto previsto dalle singole garanzie agli artt. "Cessazione dell'iscrizione al Fondo Sanitario".

Non sono assicurabili, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza. In ogni caso l'Assicurazione cessa di avere effetto nei confronti di tale Assicurato alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

2.8 - ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per:

- a) le conseguenze dirette di Malattie e Infortuni insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipulazione del contratto;
- b) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. Sono altresì escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare (miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
- c) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e le sindromi ansiose e/o depressive
- d) tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli Accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico;
- e) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- f) i ricoveri ed i Day Hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di Medicinali) o Accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- g) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- h) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- i) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- j) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

- k) gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- l) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- m) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- n) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'Assicurato con dolo o colpa grave;
- o) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- p) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
- q) le conseguenze di inondazioni, alluvioni, frane, smottamenti, tempeste, bufere, trombe d'aria, uragani, straripamenti, mareggiate, tsunami, caduta di neve, ghiaccio, pietre, grandine, valanghe e slavine;
- r) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale e i Medicinali biologici;
- s) tutte le Terapie Mediche;
- t) le conseguenze dirette o indirette di pandemie;
- u) le prestazioni sanitarie effettuate in modalità a distanza, tramite il ricorso a tecnologie informatiche (videoconsulto e/o teleconsulto).

COME ASSICURA

2.9 - PERSONE ASSICURATE

L'Assicurazione è prestata a favore degli iscritti ad un Fondo Sanitario.

DOVE VALE LA COPERTURA?

2.10 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate	Rif Art.	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Massimale
<p>RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA DAY HOSPITAL E INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE AD INTEGRAZIONE DEL MASSIMALE PREVISTO DAL FONDO SANITARIO</p>	<p>2.2</p>	<p>Erogatore non previsto</p>	<p>Rimborso integrale delle spese ferme restando le franchigie o gli scoperti previsti dal Fondo Sanitario.</p>	<p>Rimborso integrale delle spese ferme restando le franchigie o gli scoperti previsti dal Fondo Sanitario.</p>	<p>Massimale Assicurato</p>
<p>RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA , DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE, NON PREVISTI DAL FONDO SANITARIO</p>	<p>2.3</p>	<p>Liquidazione diretta a carico di UniSalute , senza scoperti o franchigie.</p>	<p>Erogatore non previsto</p>	<p>Erogatore non previsto</p>	<p>€ 10.000,00 per Annualità assicurativa</p>

Prestazioni assicurate	Rif. Art.	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sottolimiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Massimale
<p>ALTA SPECIALIZZAZIONE VISITE SPECIALISTICHE ED ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.</p>	<p>2.6.1</p>	<p>Rimborso integrale della Franchigia/Scoperto applicati dal Fondo Sanitario</p> <p><i>oppure</i></p> <p>Liquidazione diretta a carico di UniSalute per integrazione Massimale</p>	<p>Rimborso integrale della Franchigia/Scoperto applicati dal Fondo Sanitario</p> <p><i>oppure</i></p> <p>Rimborso integrale delle spese per integrazione Massimale</p>	<p>Rimborso integrale della Franchigia/Scoperto applicati dal Fondo Sanitario</p> <p><i>oppure</i></p> <p>Rimborso integrale delle spese per integrazione Massimale</p>	<p>Massimale Assicurato € 1.500,00 per Annualità assicurativa</p>

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

3.1 - DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento delle prestazioni extraricovero sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Fai una nuova prenotazione" disponibile nella Home Page all'interno dell'Area Servizi Clienti.

È possibile, inoltre, accedere ai servizi di prenotazione delle prestazioni extraricovero, attraverso l'app "UniSalute Up" che si può scaricare direttamente su App Store e Play Store.

I servizi presenti sul sito www.unisalute.it e in UniSalute Up, permettono inoltre di visualizzare l'agenda degli appuntamenti per poterli modificare o disdire.

In caso di Ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet o non possa scaricare la app "UniSalute Up", l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al **numero verde gratuito già previsto per il Fondo Sanitario (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046)** e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

All'interno dell'[Area riservata](#) accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Qualora l'Assicurato utilizzi una Struttura sanitaria convenzionata con UniSalute senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa, le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di Polizza.

3.2 - SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE

Per la prenotazione delle prestazioni l'Assicurato deve utilizzare i servizi indicati al punto "Denuncia del Sinistro".

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della Malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di Ricovero, per permettere a UniSalute di valutare la copertura, è necessario inviare la documentazione necessaria all'istruttoria della pratica, almeno 10 giorni prima della data prevista per l'evento.

In caso di Ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera di impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In UniSalute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di Polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di Polizza, eccedenti il Massimale Assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste ai punti

“Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute e prestazioni a rimborso” o “Sinistri nel servizio sanitario nazionale” e con l’applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

L’Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla 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. UniSalute si riserva la facoltà di chiedere all’Assicurato ulteriore documentazione medica qualora necessario per una corretta valutazione del Sinistro.

3.3 - SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE E PRESTAZIONI A RIMBORSO

Per chiedere il rimborso delle spese per le prestazioni extraricovero, l’Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all’interno dell’Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico, oppure utilizzando la app “UniSalute Up”, caricando la foto delle fatture e dei documenti richiesti per il rimborso.

È possibile comunque richiedere il rimborso delle spese sostenute, inviando a UniSalute documentazione cartacea, esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri) per questo l’Assicurato deve inviare a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO**, la documentazione necessaria:

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

- in caso di prestazioni extraricovero precedentemente erogate dal Fondo Sanitario , documentazione che attesti la quota rimasta a carico dell’Assicurato;
- in caso di Ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all’originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all’originale;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l’Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della UniSalute , deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell’avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

UniSalute si riserva la facoltà di chiedere all’Assicurato ulteriore documentazione medica qualora necessario per una corretta valutazione del Sinistro.

(*) Tutta la Documentazione Sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al Ricovero / intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell’evento a cui si riferisce.

Ai fini di una corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, **UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.**

Il pagamento di quanto spettante all’Assicurato **viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UniSalute della documentazione di cui sopra.** In ogni caso l’Indennizzo sarà pagato in euro ma, relativamente alle prestazioni fruitive

dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla 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.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità previste dal presente articolo per le garanzie di Ricovero e con le modalità riportate nei singoli punti delle garanzie di specialistica, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

3.4 - SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

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

Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo.

3.5 - PAGAMENTO DEL SINISTRO

UniSalute provvede al pagamento del Sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra UniSalute e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "Controversie e Arbitrato Irrituale", a condizione che non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni del contratto e previa presentazione a UniSalute di tutti i documenti dalla stessa richiesti, indicati agli articoli "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute e prestazioni a rimborso" e al punto "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

3.6 - GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

La documentazione di spesa ricevuta da UniSalute in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre – **qualora UniSalute dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali – si restituisce all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.**

UniSalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti documenti, in caso di richiesta da parte dell'Assicurato alla Centrale Operativa

1. **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;

2. **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'Anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

3.7 - PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente Polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

3.8 - CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, mentre le spese del terzo Arbitro verranno remunerate dalla Parte soccombente.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa sul trattamento dati personali (di seguito, l'“*Informativa Privacy*”)

UNS_Info_Cont_06 – Ed. 08.08.2023

Gentile Cliente, ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, anche, il “**Regolamento**”), La informiamo che, per fornirLe i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, di cui possono eventualmente beneficiare anche i Suoi familiari assicurati, UniSalute S.p.A. (di seguito, “**UniSalute**”) ha la necessità di utilizzare alcuni dati riferibili a Lei e/o ai Suoi familiari e conviventi, per le finalità e nei termini di seguito indicati. Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente, agli eventuali altri soggetti cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (ad es., gli altri soggetti assicurati).

Titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it) con sede in Via Larga, n. 8 - 40138 Bologna (BO).

QUALI DATI RACCOGLIAMO.

1. Per finalità assicurative.

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica, IBAN: di seguito, anche, i “**Dati**” o i “**Dati personali**”), che Lei stesso o altri soggetti¹⁰ ci fornisce, indispensabili per erogare in Suo favore i servizi e/o i prodotti assicurativi.

In particolare, il trattamento dei Dati avviene al fine di consentire il perfezionamento e la gestione del contratto assicurativo¹¹. La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di dare esecuzione ad un contratto di cui Lei è parte e, per quanto concerne i Dati riferibili a terzi (familiari e/o conviventi), nel legittimo interesse a dare esecuzione ad un contratto con terzi (in specie, il contraente della polizza). Il trattamento dei Dati avviene, altresì, al fine e sulla base di obblighi normativi (fra gli altri, stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza¹²).

Saranno altresì oggetto di trattamento alcune categorie particolari di dati personali¹³ (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'Area Riservata) per dar seguito alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti. La base giuridica per il trattamento di queste categorie di dati consiste nel Suo (e/o degli eventuali altri familiari assicurati) libero consenso. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso Suo e/o degli altri eventuali interessati¹⁴. I Dati potranno essere trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) o per 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 Dati potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo¹⁵. La base giuridica, in tali casi, consiste nel legittimo interesse di UniSalute e delle altre società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento delle suddette finalità; in caso di mancato conferimento non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderà di registrarsi all'area riservata (di seguito, l'“**Area Riservata**”) del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (di seguito, l'“**APP**”), utilizzeremo i Dati anche per identificarLa come nostro assicurato, per fornirLe i servizi previsti dalla Sua polizza e per inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite.

Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe (e per permettere ai Suoi familiari eventualmente assicurati) di ottenere i servizi online tramite l'Area Riservata, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tali finalità.

¹⁰ 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 consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici; eventuali soggetti muniti di delega.

¹¹ 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.

¹² 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, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di anticirclaggio 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.

¹³ 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. Ai sensi dell'art 4 punto 1) del Regolamento dati personali (non appartenenti a categorie particolari) sono costituiti da qualunque informazione relativa a persona fisica, identificata o identificabile, anche indirettamente, mediante riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione o un identificativo online.

¹⁴ Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute 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.

¹⁵ 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.

I Dati 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 e assicurativi (di regola, 10 anni).

2. Per finalità di invio di comunicazioni commerciali riguardanti prodotti e/o servizi analoghi.

I Dati del solo contraente (entro i limiti di quanto strettamente necessario, esclusi, in ogni caso, dati relativi alla salute) potranno essere altresì trattati per inviare comunicazioni commerciali inerenti a prodotti e/o servizi analoghi a quelli già previamente acquistati, all'indirizzo di posta elettronica fornito dal contraente medesimo durante la fase di acquisto. La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute allo svolgimento di attività di marketing diretto, come previsto dall'art. 130, comma 4, del D. Lgs. 196/2003.

Il conferimento dei Dati è libero e facoltativo; il mancato conferimento non pregiudica l'erogazione dei servizi assicurativi richiesti. Le ricordiamo inoltre che può sempre opporsi all'invio di queste comunicazioni mediante il link *unsubscribe* presente in ogni comunicazione o scrivendo all'indirizzo e-mail: privacy@unisalute.it.

I Dati saranno conservati per la durata del rapporto contrattuale ovvero sino alla Sua opposizione.

CONDIVISIONE DEI DATI

Ciascun beneficiario della polizza potrà registrarsi individualmente all'Area Riservata del nostro sito internet e/o scaricare la nostra APP per dispositivi mobili, qualora previste dal proprio Piano Sanitario. Al momento della registrazione, sarà possibile scegliere se condividere con i propri familiari, appartenenti al nucleo familiare assicurato, i propri dati personali, anche rientranti in categorie particolari⁴, presenti all'interno dell'Area Riservata, oppure gestire in autonomia la propria posizione. Ulteriori informazioni sulla condivisione dei dati saranno fornite con un'apposita informativa al momento della registrazione.

COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I Dati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti dal solo personale autorizzato, entro i limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle mansioni cui risulta preposto. I Dati potranno, altresì, essere resi accessibili a soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa e che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto¹⁶. 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 UniSalute, del Gruppo Unipol¹⁷.

I Dati potranno altresì essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano¹⁸ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, 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.

QUALI SONO I TUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che la 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 ha fornito, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, nonché, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, di revocarlo senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.

Le ricordiamo che può sempre revocare il consenso prestato; la revoca non pregiudica la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento relativo al trattamento dei Dati, nonché per l'esercizio dei tuoi diritti in materia: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute, al recapito privacy@unisalute.it.

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi Dati Personali e dei Suoi diritti.

¹⁶ 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.

¹⁷ 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.

¹⁸ In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario alle finalità indicate, da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; 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'eventuale trasferimento dei tuoi 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 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

