

Fascicolo Informativo

Contratto di assicurazione sanitaria

Convenzione Cassa Prevint Opzione 1 Completa

Redazione del 19/12/2017

Il presente Fascicolo Informativo contenente

- a) Nota Informativa comprensiva del Glossario;
- b) Condizioni di assicurazione;
- c) Informativa privacy,

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.

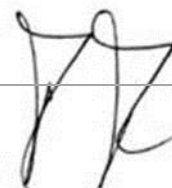


INDICE

NOTA INFORMATIVA	1
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....	1
1. Informazioni generali	1
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	1
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO.....	2
3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni	2
4. Periodi di carenza contrattuali	3
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità ..	3
6. Persone non assicurabili.....	3
7. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione	4
8. Premi.....	4
9. Adeguamento del premio e delle somme assicurate	4
10. Diritto di recesso	4
11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	4
12. Legislazione applicabile	4
13. Regime fiscale	4
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	4
14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo	4
15. Assistenza diretta - Convenzioni.....	5
15. Reclami	6
16. Arbitrato irrituale	7
GLOSSARIO	8
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	1
2. PERSONE ASSICURATE	1
3. RICOVERO	1
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	1
3.2 TRASPORTO SANITARIO	2
3.3 DAY-HOSPITAL.....	2
3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	2
3.5 TRAPIANTI.....	2
3.6 PARTO E ABORTO	2
3.6.1 PARTO CESAREO.....	2
3.6.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO	3
3.7 TRASPORTO/RIMPATRIO DELLA SALMA.....	3
3.8 INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI	3
3.9 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI.....	3
3.10 INDENNITÀ' SOSTITUTIVA	4
3.11 NEONATI.....	4
3.12 MASSIMALE ASSICURATO	4
3.13 ANTICIPO DEL MASSIMALE ASSICURATO.....	4
4. ALTA SPECIALIZZAZIONE	4
5. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI	6
5.1 OGGETTO DELLA GARANZIA	6
5.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ'	6
5.3 QUOTA RICONOSCIUTA	6
5.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO	6
5.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA	6
6. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE.....	8
7. SERVIZI DI CONSULENZA.....	8
8. PREMIO.....	9
9. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	9
10. INCLUSIONI / ESCLUSIONI	9
A - CONDIZIONI GENERALI	10
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	10
A.1.1 EFFETTO DIFFERITO DELL'ASSICURAZIONE.....	10
A.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE.....	10
A.4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	10
A.5 ONERI FISCALI	10
A.6 FORO COMPETENTE	10
A.7 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	10



A.8	RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	10
A.9	OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	11
A.10	DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO	11
A.11	ALTRE ASSICURAZIONI	11
A.12	PERSONE NON ASSICURABILI	11
A.13	AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE	11
A.14	OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	11
B	- LIMITAZIONI	11
B.1	ESTENSIONE TERRITORIALE	11
B.2	ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	11
B.3	LIMITI DI ETÀ'	12
C	- SINISTRI	13
C.1	DENUNCIA DEL SINISTRO.....	13
C.1.1	SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	13
C.1.2	SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	14
C.1.3	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	14
C.1.4	RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ	14
C.1.5	MODALITÀ DI RIMBORSO.....	15
C.1.6	GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA.....	15
C.2	CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	16
C.3	CLAUSOLA BROKER	16
	INFORMATIVA PRIVACY	17



NOTA INFORMATIVA

Redazione del 19/12/2017

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione sanitaria "Convenzione Cassa Prevint - Opzione 1 Completa" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

Gentile Cliente,

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

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, riverse, nonché le informazioni che riguardano limitazioni ed esclusioni sono identificate nella presente Nota in questo modo **Avvertenze** e nelle Condizioni di assicurazione in **grassetto**, e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: www.unisalute.it.

UniSalute S.p.A. comunicherà per iscritto al contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS 7/2013

Il 16 luglio 2013 l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni ha pubblicato il Provvedimento n. 7 (di seguito, il "Provvedimento") in materia di home insurance.

In particolare, l'home insurance mira a semplificare e velocizzare il rapporto con l'impresa di assicurazione attraverso una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica.

La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un' "Area provv. IVASS 7/2013" accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall' "AREA SERVIZI CLIENTI" già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.

Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a. 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 dei gruppi assicurativi al n. 046.
- b. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).
- c. Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 - sito internet www.unisalute.it - indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it
- d. 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.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2016.

Patrimonio netto: milioni di € 140,678

Capitale sociale: milioni di € 17,5

Totale delle riserve patrimoniali: milioni di € 123,178

L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2016, determinato ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, è pari a

1,14 volte il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR). I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della cosiddetta formula standard market wide.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

Avvertenza: In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto.

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

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

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni ed esclusioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Sono altresì previsti limiti di età oltre i quali l'assicurazione non può essere stipulata o rinnovata. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

a) RICOVERO

La Società indennizza le spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso parto e aborto), day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale, compresi quelli per correzione dei difetti visivi. Sono inoltre comprese le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi, attinenti all'evento stesso.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

b) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società indennizza le spese mediche per prestazioni effettuate con macchinari altamente specializzati.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

c) STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

La Società prevede, in caso di perdita permanente dell'autosufficienza nel compimento di almeno una parte dei seguenti sei atti elementari di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi), l'erogazione di un importo una tantum.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

d) PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

La Società consente all'assicurato di ottenere tariffe agevolate nelle Strutture convenzionate, qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario, o per esaurimento massimale o importo inferiore ai limiti contrattuali.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

e) SERVIZI DI CONSULENZA

La Società fornisce servizi di consulenza telefonica quali

- Informazioni sanitarie
- Prenotazione di prestazioni sanitarie
- Pareri medici immediati

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali. Si rinvia agli articoli delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente/Assicurato, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche:

Meccanismo di funzionamento della franchigia:

1° esempio

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 1.500,00

Franchigia € 250,00

Indennizzo € 1.500,00 - 250,00 = € 1.250,00

2° esempio

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 200,00



Franchigia € 250,00

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

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

1° esempio

Somma assicurata € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 10.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 500,00

Indennizzo € 10.000,00 - 10% = € 9.000,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).

2° esempio

Somma assicurata € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 3.000,00

Scoperto 10% con il minimo di € 500,00

Indennizzo € 3.000,00 - 500,00 = € 2.500,00 (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Somma assicurata € 50.000,00

Richiesta di rimborso € 60.000,00

Indennizzo € 50.000,00.

Meccanismo di funzionamento della garanzia Stati di non autosufficienza consolidata/permanente"

1° esempio

Come conseguenza di un ictus un nostro Assicurato perde permanentemente l'autonomia fino al punto di vedersi assegnare, nell'allegato questionario, un punteggio pari ad almeno 40 punti in relazione ai sei atti elementari di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi).

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

2° esempio

Un nostro Assicurato rimane vittima di un incidente stradale con grave trauma cranico e lesioni cerebrali, la condizione gli causa una perdita di autonomia tale da vedersi assegnare, nell'allegato questionario, un punteggio pari ad almeno 40 punti in relazione ai sei atti elementari di vita quotidiana (lavarsi, vestirsi e svestirsi, andare al bagno e usarlo, spostarsi, continenza, nutrirsi).

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

3° esempio

Come conseguenza di una patologia neurologica quale a titolo esemplificativo la SLA (sclerosi laterale amiotrofica), un nostro Assicurato perde permanentemente l'autonomia fino al punto di vedersi assegnare, nell'allegato questionario, un punteggio inferiore a 20 punti in relazione ai sei atti elementari di vita quotidiana. Tale condizione **non giustifica** l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza in quanto in base alla definizione di "non autosufficienza" l'Assicurato risulta essere "AUTONOMO".

4° esempio

Un nostro Assicurato rimasto vittima di un incidente stradale con gravi traumi all'apparato scheletrico aveva al momento dell'attivazione della copertura un grado di invalidità permanente del 50%. Tale condizione non giustifica l'attivazione della copertura assicurativa per stati di non autosufficienza nonostante l'incidente determini per l'Assicurato una perdita permanente di autonomia che vede assegnare un punteggio, nell'allegato questionario, superiore a 40 punti, in quanto al momento della decorrenza della copertura assicurativa non erano soddisfatte le condizioni di assicurabilità previste in polizza all'art. "Condizioni di assicurabilità".

4. Periodi di carenza contrattuali

Non sono previsti periodi di carenza contrattuale.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità

Per le sole nuove acquisizioni di Aziende fino a 5 addetti, la Società assume il rischio oggetto del presente contratto sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato in occasione della compilazione del Questionario sanitario o contestualmente alla conclusione del contratto.

Per tutte le altre opzioni non viene richiesta la compilazione del questionario sanitario.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo delle Condizioni di assicurazione.

6. Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, salvo patto speciale, le persone affette da infermità mentale, alcolismo e tossicodipendenza. Fermo quanto indicato sopra, qualora l'assicurazione sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopra indicate, la stessa cessa con il loro manifestarsi.

Avvertenza: le dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio potrebbero comportare la riduzione o la perdita del diritto alla prestazione assicurata o al rimborso.

7. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata o le eventuali variazioni della professione degli assicurati possono influire sul rischio. Il Contraente, ai sensi dell'art. 1898 c.c., ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società dette circostanze.

8. Premi

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

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate (semestrali - quadrimestrali - trimestrali) anticipate senza oneri aggiuntivi.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo delle Condizioni di assicurazione.

Avvertenza: Qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

9. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non è previsto alcun adeguamento del premio o delle somme assicurate.

10. Diritto di recesso

Non è previsto il diritto di recesso.

11. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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 (art. 2952, comma 2, del codice civile).

12. Legislazione applicabile

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

13. Regime fiscale

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

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Sinistri in strutture non convenzionate con la Società o effettuati da medici non convenzionati

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite in strutture non convenzionate, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può seguire quanto indicato all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it.

In alternativa, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella documentazione in suo possesso. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.

Avvertenza: Per l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro, delle modalità e termini per la denuncia del sinistro si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite nel Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.



Pagina 4 di 11

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta di rimborso disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it e caricare sul sito i documenti in formato elettronico.

Se non può accedere a Internet, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella documentazione in suo possesso. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.

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

Avvertenza: Per l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro, delle modalità e termini per la denuncia del sinistro si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

15. Assistenza diretta - Convenzioni

Sinistri in strutture convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati

In caso di sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa UniSalute per prenotare la prestazione o il ricovero presso una struttura sanitaria convenzionata con la Società.

Per prestazioni non riguardanti un ricovero, l'Assicurato può effettuare la prenotazione attraverso la funzione on-line disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it, o, in alternativa, contattare la Centrale Operativa UniSalute al numero verde indicato nelle Condizioni di assicurazione.

In caso di ricovero è necessario contattare la Centrale Operativa di UniSalute, per prenotare direttamente il ricovero nella struttura sanitaria convenzionata più indicata per la specifica necessità.

All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.

Le prestazioni autorizzate da UniSalute, saranno liquidate dalla Società direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

Avvertenza: 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.

Avvertenza: Per l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro, delle modalità e termini per la denuncia del sinistro si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

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

In caso di garanzia Stati di non autosufficienza consolidata/permanente

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

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Assicurato, o l'amministratore di sostegno, il tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovranno contattare la Centrale Operativa di UniSalute e denunciare il sinistro come prescritto nelle Condizioni di assicurazione all'articolo Riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Società.

Avvertenza: Il tardivo o omesso contatto con la Centrale Operativa potrebbe comportare l'impossibilità per la Società di erogare il miglior servizio nell'ambito della propria rete convenzionata.

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

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

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

Modalità di erogazione

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo 1.5. "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, all'erogazione di una somma una tantum

Avvertenza: Per l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro, delle modalità e termini per la denuncia del sinistro si rimanda alle Condizioni di assicurazione.

15. Reclami

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, 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 della Società, contengono:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società 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 della Società: 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 http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

- procedimento di **mediazione** innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un **avvocato di fiducia**, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di negoziiazione 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 dalle Condizioni di Assicurazione

Avvertenza: in relazione alle controversie inerenti l'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.

16. Arbitrato irrituale

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 il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico ed è esclusa ogni responsabilità solidale. 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.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Avvertenza: Per il significato dei termini utilizzati nella presente nota informativa e nelle Condizioni di assicurazione si rimanda alle definizioni di cui alla sezione "GLOSSARIO".

GLOSSARIO

Aborto

Interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

Aborto spontaneo

Interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

Aborto terapeutico

Interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

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

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

Atti vita elementari di vita quotidiana

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

Atti ordinari della vita

Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio.

Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo

Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente

Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire

Best Doctors

La Società che coadiuva UniSalute nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia "Diagnosi comparativa" : Best Doctors, Calle Almagro, 36, 28010 Madrid - Spagna

Broker

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

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

E' la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza.

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

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

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

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.

Dipendenti e collaboratori

I soggetti che, dietro compenso, su incarico degli intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D del registro, svolgono l'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa all'interno o, se iscritti nella sezione E del registro, anche fuori dai locali dell'intermediario per il quale operano.

Documentazione sanitaria

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

Fascicolo informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

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.

Franchigia

La somma 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

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società 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 farmaci.



Pagina 9 di 11

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.

Libera professione intramuraria:

L'attività che il personale medico alle dipendenze dell'SSN esercita in forma individuale o di equipe, al di fuori dall'orario di lavoro, in favore e su libera scelta dell'Assicurato e con oneri a carico dello stesso.

Lite transfrontaliera

La controversia tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro

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 la Società 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

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza

Documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medico curante e dall'Assicurato stesso o dal suo tutore legale o dall'amministratore di sostegno o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

Questionario Sanitario

Documento contenente le informazioni sullo stato di salute dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo o dalla persona che esercita la patria potestà, che costituisce parte integrante della polizza.

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

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, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato

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.

Ricovero di lunga convalescenza (definizione relativa a "Stati di non autosufficienza)

La degenza in istituto di cura specializzata nell'assistenza agli anziani.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)

Strutture non ospedaliere, ma comunque a carattere sanitario, che ospitano per un periodo variabile, da poche settimane al tempo indeterminato, le persone non autosufficienti che non possono essere assistite al domicilio fornendo un livello medio di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa e con un alto livello di assistenza tutelare e alberghiera.

Scoperto

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

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Stato di non autosufficienza consolidato

Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'Assicurato, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

Struttura sanitaria convenzionata

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

Tutore legale

Con la procedura di interdizione il soggetto viene privato della capacità giuridica che viene attribuita a un'altra persona, denominata il Tutore, nominato dal Tribunale. L'interdizione è la misura giudiziale prevista nell'interesse del soggetto totalmente incapace di intendere e di volere a causa di un'abituale infermità di mente e ha lo scopo di tutelare il soggetto disabile.

Il tutore ha comunque la necessità dell'autorizzazione del Tribunale per gli atti di straordinaria amministrazione.

UniSalute Servizi S.r.l.

Società di proprietà UniSalute, che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

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

UniSalute S.p.A.
L'Amministratore Delegato

Fiammetta Fabris



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Edizione del 31/12/2017

Redazione del 19/12/2017

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anche anteriormente all'inserimento degli assicurati in copertura - comprese le malattie croniche e recidivanti - per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- interventi per la correzione dei difetti visivi;
- neonati;
- prestazioni di alta specializzazione;
- stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
- prestazioni a tariffe agevolate;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati
- c) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società
- d) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di utilizzo delle strutture sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dell'Isritto e dei relativi nuclei familiari risultanti dallo stato di famiglia o di residenza, intendendo per tali il coniuge o convivente "more uxorio" e i figli - questi ultimi purché conviventi -, che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura. Si intendono altresì compresi i figli non conviventi ma fiscalmente a carico.

Qualora un dipendente decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile per lui l'attivazione della stessa in un momento successivo.

SEZIONE PRIMA

3 RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

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

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 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.

Qualora durante l'effettuazione dell'intervento chirurgico ci si avvalga dell'uso di un robot, la Società liquida, limitatamente a quest'ultimo, le spese con il massimo di 2.500 euro per ricovero.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. **Nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico sono compresi nella garanzia i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**

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.

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 80,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 90 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.

3.2 TRASPORTO SANITARIO

La Società 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 € 550,00 per ricovero, nel caso di evento avvenuto in Italia, o di € 1.050,00 per ricovero in caso di evento avvenuto all'estero.

3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

È compreso nella garanzia anche il caso di day-hospital a fine esclusivamente diagnostico, nei limiti del massimale ricovero.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo nel limite di € 5.165,00 per ricovero. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.6 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) pre-ricovero, b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.



La garanzia è prestata nel limite di cui all'art 3.12 "Massimale assicurato", sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.6.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) pre-ricovero, b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; f) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.7 TRASPORTO/RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso in Italia la Società rimborsa le spese sostenute per il trasporto della salma nel limite di € 2.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

In caso di decesso all'estero la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 3.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8 INTERVENTI PER LA CORREZIONE DEI DIFETTI VISIVI

Rientrano in copertura gli interventi di laserchirurgia per la correzione e/o l'eliminazione dei difetti visivi, indipendentemente dalla procedura/tecnica utilizzata, nel limite annuo di € 2.580,00 per occhio e limitatamente a quelli effettuati in caso di deficit visivo superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

3.9 MODALITÀ' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura":

– lett. a) "Pre ricovero";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.7 "Trasporto/Rimpatrio della salma"

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

punto 3.6.2 "Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo"

punto 3.8 "Interventi per la correzione dei difetti visivi"

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici non convenzionati.

In questo caso le spese relative ai servizi erogati dalla struttura convenzionata vengono liquidate direttamente dalla Società alla struttura stessa senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia. Le spese relative alle prestazioni effettuate dall'equipe non convenzionata vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 10% e con il massimo non indennizzabile di € 4.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.6.1 "Parto cesareo";

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

c) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 10%, con il massimo non indennizzabile di € 4.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.6.1 "Parto cesareo";

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



d) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.10 "Indennità Sostitutiva". Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, la Società rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

3.10 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di € 80,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 150 giorni per ogni ricovero.

3.11 NEONATI

I nuovi nati nel periodo di validità della polizza, sono gratuitamente assicurati per le stesse garanzie - e gli stessi massimali - previste per la madre al momento della loro nascita, con decorrenza da quel momento e fino alle ore 24:00 del 30° giorno successivo

3.12 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 100.000,00 per nucleo familiare.

3.13 ANTICIPO DEL MASSIMALE ASSICURATO

In caso di avvenuto ricovero in Istituto di Cura presso strutture sanitarie e/o personale non convenzionato con UniSalute, può essere richiesto un anticipo sulla liquidazione delle spese rimborsabili, a fronte di presentazione di preventivo, in misura non superiore al 70%, purché nei limiti del massimale di polizza e previa esibizione di certificazione medica provvisoria dell'Istituto di Cura in cui si attesti:

- la previsione di ricovero e l'eventuale necessità di intervento chirurgico
- la natura della malattia o dell'infortunio.

Tale anticipo viene corrisposto a condizione che l'ammontare delle spese sia pari o superiore ad € 2.600,00 e a condizione che non sorgano contestazioni sulla risarcibilità delle spese di ricovero; al termine si procederà al conguaglio, attivo o passivo, in base alle spese effettivamente sostenute.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere.

Alta diagnostica radiologica:

Angiografia

Artrografia

Broncografia

Cistografia

Cistouretrografia

Clisma opaco

Colangiopancreatografia endoscopica (ERCP)

Colangiografia percutanea (PTC)

Colangiografia trans Kehr

Colecistografia

Dacriocistografia/Dacriocistotac

Defecografia



Fistolografia
Flebografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Mielografia
Retinografia
Rx esofago con mezzo di contrasto
Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
Scialografia
Splenoportografia
Urografia
Vescicolodeferentografia
Videoangiografia
Wirsunggrafia

Accertamenti:

Coronarografia
Diagnostica radiologica (tutta)
Doppler (tutti)
E.C.G. a riposo e sotto sforzo, anche secondo Holter
Ecocardiografia
Ecografie (tutte)
Elettroencefalogramma
Elettromiografia
Mammografia o Mammografia Digitale
PET
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
Scintigrafia
Telecuore
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie:

Chemioterapia
Cobaltoterapia
Dialisi
Laserterapia (anche antalgica)
Radioterapia

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.



Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del **20%** con il minimo non indennizzabile di € **50,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € **3.500,00** per nucleo familiare.

SEZIONE SECONDA

5. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI

5.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 7, la Società, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo 1.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza", garantisce l'erogazione di un importo una tantum pari ad € **6.500,00**.

5.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ'

Sono da intendersi assicurabili coloro i quali alla data di effetto della presente copertura non sono già in uno "stato di non autosufficienza" come indicato al successivo articolo 1.5 "Definizione dello stato di non autosufficienza".

Detto questo, all'effetto di polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

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

5.3 QUOTA RICONOSCIUTA

Erogazione somma una tantum di € 6.500,00

5.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO

La Società riconoscerà l'indennizzo se l'Assicurato si troverà ancora in vita dopo 60 giorni dalla denuncia scritta alla Compagnia dello stato di non autosufficienza.

5.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

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

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

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

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

0

2° grado

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

5

3° grado

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

10

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

0

2° grado

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

5

3° grado

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

10

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

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

(1) andare in bagno

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

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

0

2° grado

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

5

3° grado

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

10



SPOSTARSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	0
2° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	5
3° grado L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi	10
CONTINENZA	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è completamente continente	0
2° grado L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno	5
3° grado L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia	10
NUTRIRSI	PUNTEGGIO
1° grado L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti	0
2° grado L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie: • sminuzzare/tagliare cibo • sbucciare la frutta • aprire un contenitore/una scatola • versare bevande nel bicchiere	5
3° grado L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

6. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario o per esaurimento del massimale o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'Assicurato, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

7. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009663** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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



b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con la Società.

c) Pareri medici

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

8. PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali sono quelli riportati nel documento "Convenzione".

9. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti e i relativi familiari avrà effetto, in forma rimborsuale, dalle ore 24 del 31/12/2017. In forma diretta, nelle strutture convenzionate con la Società, la copertura avrà effetto dal 15° giorno successivo la ricezione delle anagrafiche da parte della Società.

10. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i dipendenti, e per i loro relativi familiari, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Familiari risultanti dallo stato di famiglia

Per i dipendenti in servizio alla data di effetto del contratto, i familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate" possono essere inclusi anche in un momento successivo al termine ultimo fissato per la consegna della scheda di adesione, nonché del Questionario Sanitario compilato e sottoscritto se previsto.

Per i casi in cui è richiesta la compilazione del questionario, se l'analisi dello stesso non evidenzia la necessità di richiedere particolari limitazioni di copertura, la garanzia decorre dal giorno di effetto del contratto, sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione. Tuttavia, se in seguito all'esame del Questionario Sanitario si rendesse necessaria la richiesta di particolari limitazioni di copertura, l'assicurazione decorrerà dal giorno dell'accettazione delle stesse da parte dell'Assicurato.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate", in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo, nonché del Questionario Sanitario compilato e sottoscritto se previsto. Per i casi in cui è richiesta la compilazione del questionario, se l'analisi dello stesso non evidenzia la necessità di richiedere particolari limitazioni di copertura, la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata prima della fine dell'annualità assicurativa; in caso contrario decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione. Tuttavia, se in seguito all'esame del Questionario Sanitario si rendesse necessaria la richiesta di particolari limitazioni di copertura, l'assicurazione decorrerà dal giorno dell'accettazione delle stesse da parte dell'Assicurato.

3) Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni, e l'analisi del Questionario Sanitario - se previsto - non evidenzia la necessità di richiedere particolari limitazioni di copertura. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società, sempreché l'analisi del Questionario Sanitario - se previsto - non evidenzia la necessità di richiedere particolari limitazioni di copertura. Per i casi in cui è richiesta la compilazione del questionario, se in seguito all'esame dello stesso vengono richieste particolari limitazioni di copertura, l'assicurazione decorrerà dal giorno dell'accettazione delle stesse da parte dell'Assicurato.

L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo, nonché del Questionario Sanitario compilato e sottoscritto, ove previsto.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste al numero 2 e 3 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo trimestre assicurativo;
- all' 80% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo trimestre assicurativo;
- al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel terzo trimestre assicurativo;
- al 40% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel quarto trimestre assicurativo

4) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.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.

I premi devono essere pagati alla Società.

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

A.1.1 EFFETTO DIFFERITO DELL'ASSICURAZIONE

Per gli Assicurati che hanno compilato il Questionario Sanitario prima della data di effetto dell'Assicurazione, ma non hanno accettato le limitazioni di garanzia proposte dalla Società prima di tale data, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 00 del giorno in cui la Società viene a conoscenza dell'accettazione delle suddette limitazioni di garanzia da parte degli Assicurati stessi.

Per gli Assicurati che non hanno compilato il Questionario Sanitario prima della data di effetto dell'Assicurazione, questa ha effetto dalle ore 00 del giorno comunicato dalla Società, a condizione che la valutazione del Questionario Sanitario non determini la richiesta di particolari limitazioni di garanzia. In caso contrario, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 00 del giorno in cui la Società viene a conoscenza dell'accettazione di tali limitazioni di garanzia da parte degli Assicurati stessi.

A.3 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del 31/12/2018

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto.

A.4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.5 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.

A.6 FORO COMPETENTE

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

A.7 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., 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.

A.8 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.

A.9 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, la Società invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

A.10 DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato rese in sede di compilazione del Questionario Sanitario, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita automatica totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

A.11 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c. .

A.12 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, salvo patto speciale, le persone affette da infermità mentale, alcolismo e tossicodipendenza. Fermo quanto indicato sopra, qualora l'assicurazione sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopra indicate, la stessa cessa con il loro manifestarsi.

A.13 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata o le eventuali variazioni della professione degli assicurati possono influire sul rischio. Il Contraente, ai sensi dell'art. 1898 c.c., ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società dette circostanze.

A.14 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente si impegna a mettere a disposizione dei singoli beneficiari di polizza le Condizioni di assicurazione (o la Guida al Piano Sanitario se prevista), concordando preventivamente con la Società le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione.

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

- a. le malattie mentali fatta eccezione per i casi comportanti interventi chirurgici;
- b. le conseguenze derivanti da abuso di alcoolici o di psicofarmaci o da uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- c. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei in genere;
- d. gli infortuni derivanti da tumulti popolari, aggressioni od atti violenti che abbiano movente politico o sociale cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente;
- e. gli infortuni derivanti da azioni delittuose dell' Assicurato; l'assicurazione si intende tuttavia estesa agli infortuni determinati da imperizia, imprudenza e negligenza anche gravi;
- f. le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetto fisico o malformazione preesistente alla stipulazione della polizza, intendendosi per tale la formazione anomala di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata, prima della stipulazione;
- g. le applicazioni di carattere estetico (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da malattia o infortunio), le cure e protesi odontoiatriche e ortodontiche salvo quanto espressamente previsto in

polizza;

- h. l'acquisto, la manutenzione, la riparazione o il noleggio di apparecchi protesici o terapeutici, salvo quanto previsto eventualmente dalle singole opzioni.
- i. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, fatta eccezione per le sole cure a carattere sperimentale purché riconosciute ed effettuate presso centri riconosciuti
- j. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;

Inoltre, l'assicurazione non comprende i danni derivanti da:

- k. guerre e insurrezioni, movimenti tellurici, inondazioni ed eruzioni vulcaniche;
- l. trasmutazione del nucleo dell'atomo e radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche o da esposizione a radiazioni ionizzanti.
 - Laddove nel luogo in cui soggiorna l'assicurato si verifichi uno stato di guerra, una sommossa popolare o eventi simili, l'assicurazione permane in vigore per un massimo di dieci giorni dalla data in cui le autorità italiane abbiano emanato l'ordine di evacuazione. Trascorso tale termine senza che l'assicurato abbia adempiuto al predetto ordine la copertura decade automaticamente.
 - L'esistenza di una situazione di guerra e similari, al momento dell'arrivo dell'assicurato in un paese, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa.

Limitatamente alle prestazioni previste al punto "Stati di non autosufficienza", sono inoltre esclusi dalla garanzia i casi di perdita di autosufficienza dell'Assicurato causati da:

- a. dolo del Contraente, dell'assicurato o del Beneficiario;
- b. partecipazione attiva dell'Assicurato ad atti dolosi;
- c. contaminazione nucleare o chimica, guerra, invasione, ostilità nemiche (in caso di dichiarazione di guerra o meno), partecipazione attiva in tumulti popolari, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, colpi di Stato;
- d. malattie intenzionalmente procurate, alcoolismo, uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti o abuso di farmaci;
- e. negligenza, imprudenza ed imperizia nel seguire consigli medici;
- f. incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, ed in ogni caso se viaggia in qualità di membro dell'equipaggio;
- g. attività sportiva o professionale dichiarata come non praticata al momento della sottoscrizione della proposta di contratto anche se intrapresa successivamente a tale momento;
- h. suicidio o tentato suicidio, se avviene nei primi due anni dalla data di perfezionamento del contratto o, trascorso questo periodo, nei primi sei mesi dall'eventuale riattivazione dell'assicurazione.
- i. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale, fatta eccezione per le sole cure a carattere sperimentale purché riconosciute ed effettuate presso centri riconosciuti
- j. dal rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'assicurato di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute
 - Laddove nel luogo in cui soggiorna l'assicurato si verifichi uno stato di guerra, una sommossa popolare o eventi simili, l'assicurazione permane in vigore per un massimo di dieci giorni dalla data in cui le autorità italiane abbiano emanato l'ordine di evacuazione. Trascorso tale termine senza che l'assicurato abbia adempiuto al predetto ordine la copertura decade automaticamente.
 - L'esistenza di una situazione di guerra e similari, al momento dell'arrivo dell'assicurato in un paese, implica l'esclusione totale dalla copertura assicurativa.

B.3 LIMITI DI ETÀ'

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento dell'80° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento dell'81° anno d'età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga l'80° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.



C - SINISTRI

SEZIONE PRIMA

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione della prestazione sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Prenotazione visite/esami" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti. Se non può accedere ad internet e in caso di ricovero, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009663 (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. Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società", C.1.2 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale" o C.1.3 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società".

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 la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e 3.9 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- 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;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- 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 Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

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

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 di cui al punto 3.9 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società" 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.



C.1.2 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 punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.3 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società".

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.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

C.1.3 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'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 caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

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

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 C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o C.1.2 "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 dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

SEZIONE SECONDA

C.1.4 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE DA PARTE DELLA SOCIETÀ

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

- a) chiamare il numero verde gratuito 800-009663 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale e ai servizi socio/sanitari disponibili.
- b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - servizi di liquidazione - via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno. Tale fascicolo deve contenere:
 - ♣ il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
 - ♣ il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
 - ♣ il certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
 - ♣ il questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato;
 - ♣ Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento - invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
 - ♣ Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

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

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

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 5.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 5.4 "Definizione dello stato di non autosufficienza", se l'Assicurato è ricoverato in lunga degenza, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.

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

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

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

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

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

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

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza, con le modalità di cui agli articoli C.1.5.1 e C.1.5.2 decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

C.1.5 MODALITÀ DI RIMBORSO

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte della Società secondo le condizioni dell'articolo 5.5. "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, all'erogazione di una somma a tantum di € 6.500,00.

C.1.6 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

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

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



C.2 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

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, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

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.

C.3 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al broker **GBSAPRI S.p.A.** - via Angelo Bargoni 54, CAP 00153 Roma - e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker **GBSAPRI S.p.A.** il quale tratterà con l'Impresa.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo, che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte all'Impresa dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente all'Impresa, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte all'Impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa. (N.B.: paragrafo da coordinare/modificare nell'eventualità che nella polizza siano previste condizioni diverse, più favorevoli per l'assicurato)

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al broker ed ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente (o l'Azienda) revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le Parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa. L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.



INFORMATIVA PRIVACY

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

Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali e Artt. 15 e 16 del Reg. Isvap n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 - Codice Assicurazioni Private)

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti Unisalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati¹.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati comuni (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci sono anche dati di natura sensibile⁽²⁾ (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi (per i quali ci occorrerà il suo consenso), e dati giudiziari⁽²⁾.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽³⁾; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziarla o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite); ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾.

I dati personali di natura sensibile (relativi al Suo stato di salute) potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente).

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁶⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁴⁾.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare" ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

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

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è Unisalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 - 40138 Bologna.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà consultare il sito www.unisalute.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati all'indirizzo sopra indicato - e-mail: privacy@unisalute.it.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono definiti dati giudiziari quelli relativi a sentenze o indagini penali (cfr. art. 4 commi d e f D. Lgs. 196/2003).
- 3) 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 la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 4) Ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di anticicliaggio 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.
- 5) 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
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate. L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa comunitaria, al D. Lgs. 196/2003 ed alle autorizzazioni generali del Garante Privacy.
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

¹ In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi