

**Fascicolo Informativo
ed. 01/01/2011**

Contratto di assicurazione sanitaria

Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo per i dipendenti in quiescenza

Il presente Fascicolo Informativo contenente

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

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

INDICE

NOTA INFORMATIVA

• A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

• B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni
4. Termini di aspettativa
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario Sanitario
6. Aggravamento del rischio
7. Termini di prescrizione
8. Legislazione applicabile
9. Regime fiscale
10. Premi

• C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri - Liquidazione e indennizzo
12. Reclami
13. Mediazione per la conciliazione delle controversie
14. Arbitrato irrituale

GLOSSARIO

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. Oggetto dell'assicurazione
2. Persone assicurate
3. Ricovero
 - 3.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio
 - 3.2 Trasporto sanitario
 - 3.3 Day hospital a seguito di malattia o infortunio
 - 3.4 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia o infortunio
 - 3.5 Trapianti a seguito di malattia o infortunio
 - 3.6 Parto e aborto
 - 3.7 Rimpatrio della salma
 - 3.8 Modalità di erogazione delle prestazioni
 - 3.9 Indennità sostitutiva
 - 3.10 Massimale assicurato
4. Alta specializzazione
5. Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici
 - 5.1 visite specialistiche
 - 5.2 accertamenti diagnostici
 - 5.3 medicinali reperibili solo all'estero
 - 5.4 cure dentarie da infortunio
6. protesi ortopediche, acustiche ed oculari
7. trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio
8. cure oncologiche
9. lenti
 - 10.1 prestazioni odontoiatriche particolari
 - 10.2 Cure odontoiatriche, terapie conservativi, protesi odontoiatriche ed ortodonzia
11. Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero
12. Sindrome metabolica
13. Diagnosi comparativa

- 14. Servizi di consulenza
- 15. Premio
- 16. Decorrenza e attivazione della copertura assicurativa
- 17. Inclusioni/esclusioni
 - A. Condizioni generali
 - A.1 Effetto dell'assicurazione
 - A.2 Durata dell'assicurazione/tacita proroga
 - A.3 Modifica delle condizioni di assicurazioni
 - A.4 Oneri Fiscali
 - A.5 Foro competente
 - A.6 Termini di prescrizione
 - A.7 Rinvio alle norme di legge
 - A.8 Altre assicurazioni
 - B. Limitazioni
 - B.1 Estensione territoriale
 - B.2 Esclusioni dall'assicurazione
 - B.3. Limiti di Età
 - C. Sinistri
 - C.1 Denuncia del sinistro
 - C.1.1 Sinistri in strutture convenzionate con la società (sezione valida per le garanzie diverse dalla odontoiatria/ortodonzia)
 - C.1.2 Sinistri in strutture convenzionate con la società (sezione valida per le garanzie odontoiatria/ortodonzia)
 - C.1.3 Sinistri in strutture non convenzionate con la Società
 - C.1.4 Sinistri nel servizio sanitario nazionale
 - C.1.5 Gestione documentazione di spesa
 - C.2 Controversie ed arbitrato irrituale
- Elenco grandi interventi chirurgici

INFORMATIVA PRIVACY

NOTA INFORMATIVA

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione sanitaria "Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo per i dipendenti in quiescenza" (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'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP;
- il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni 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.

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 Finanziario S.p.A.
- b. Sede legale e Direzione Generale Via del Gomito, 1 - 40127 - Bologna (Italia).
- c. Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 - sito internet

www.unisalute.it -indirizzo di posta elettronica segreteria@unisalute.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 Assicuratrici: 1.00084.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2009.

Patrimonio netto: € 40.470.632,00

Capitale sociale: € 17.500.000,00

Totale delle riserve patrimoniali: € 22.970.632,00

Indice di solvibilità riferito alla gestione danni: 1,19; tale indice rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacita proroga.

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 e differenziate in base alle scelte effettuate dall'Assicurato, sono le seguenti:

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. 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) VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI: La Società indennizza le spese per accertamenti diagnostici e per le visite effettuate da medico specialista.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nel testo di polizza.

D) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI DA INFORTUNIO: La Società indennizza le spese per le terapie fisiche riabilitative a seguito di infortunio in presenza di certificato di pronto soccorso.

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

E) PROTESI ORTOPEDICHE / ACUSTICHE / OCULARI: La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche, acustiche ed oculari atte a sostituire una parte anatomica.

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

F) CURE ONCOLOGICHE: La Società indennizza le spese per terapie mediche (ovvero non chirurgiche), quali chemioterapia, cobaltoterapia e radioterapia, per la cura dei tumori maligni. Sono inoltre comprese le visite specialistiche e gli accertamenti per la diagnosi e il monitoraggio degli stessi.

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

G) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI: La Società provvede al pagamento di prestazioni odontoiatriche effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici.

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

H) ODONTOIATRIA: La Società indennizza le spese sostenute per prestazioni ortodontiche e odontoiatriche, quali, cure dentarie, terapie conservative e protesi.

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

I) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO: la Società indennizza le spese sostenute per cure dentarie

conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di pronto soccorso

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

L) LENTI: la Società indennizza le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o lenti a contatto, purché in presenza di prescrizione del medico oculista, attestanti la modifica della capacità visiva.

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

M) MEDICINALI REPERIBILI SOLO ALL'ESTERO: La Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto di medicinali che possano essere reperiti solo all'estero.

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

N) GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI la Società indennizza le spese sostenute per cure dentarie legate a **patologie di particolare "gravità"**.

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

O) SINDROME METABOLICA

La Società mette a disposizione un programma che consente all'Assicurato di verificare se vi siano o meno i presupposti di uno stato di Sindrome Metabolica conclamata fornendo indicazioni utili per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti al fine di prevenirne l'insorgenza.

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

P) DIAGNOSI COMPARATIVA

La Società dà la possibilità all'Assicurato di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

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

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con una specifica franchigia, scoperto ed un limite massimo di Indennizzo. 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 € 150.000,00
Richiesta di rimborso € 5.000,00
Franchigia € 1.000,00
Indennizzo € 5.000,00 - 1.000,00 = € 4.000,00

2° esempio

Somma assicurata € 150.000,00
Richiesta di rimborso € 500,00
Franchigia € 1.000,00
Nessun rimborso è dovuto, perché la richiesta di rimborso è inferiore alla franchigia.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

1° esempio

Somma assicurata € 150.000,00
Richiesta di rimborso € 20.000,00
Scoperto 10% con il minimo di € 1.000,00
Indennizzo € 20.000,00 - 20% = € 18.000,00
(perché lo scoperto del 10% del danno è superiore al minimo non indennizzabile).

2° esempio

Somma assicurata € 150.000,00
Richiesta di rimborso € 8.000,00
Scoperto 10% con il minimo di € 1.000,00
Indennizzo € 8.000,00 - 1.000,00 = € 7.000,00
(perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Somma assicurata € 150.000,00
Richiesta di rimborso € 300.000,00
Indennizzo € 150.000,00.

4. Termini di aspettativa

Non sono previsti termini di aspettativa.

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

Non è prevista la compilazione del questionario sanitario. E' prevista l'esclusione delle patologie pregresse per il personale in quiescenza ed il relativo nucleo familiare.

6. Aggravamento del rischio

Il Contraente deve comunicare alla Società eventuali aggravamenti del rischio ai sensi dell'art. 1898 c.c..

7. Termini di prescrizione

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

8. Legislazione applicabile

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

9. 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:

a) rimborso spese sanitarie: 2,5%

10. Premi

Il premio deve essere pagato in via anticipata per l'intera annualità assicurativa alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate anticipate, che comporterà i seguenti oneri aggiuntivi alla singola rata:

Annuale 0%

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

11. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Denuncia del sinistro

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare 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.

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 prestazione odontoiatrica

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà alla Società:

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all'esame di tale documentazione, la Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "Presenza in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

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 utilizzare la funzione disponibile nella sezione "Sinistri/rimborsi" - "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area

Clienti del sito www.unisalute.it. Al termine della procedura si ottiene il modulo di denuncia di sinistro/rimborso che dovrà essere inviato firmato alla Società, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione.

In alternativa, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella sezione "Modulistica" del sito UniSalute. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle 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.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può utilizzare la funzione disponibile nella sezione "Sinistri/rimborsi" - "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it. Al termine della procedura si ottiene il modulo di denuncia di sinistro/rimborso che dovrà essere inviato firmato alla Società, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione.

In alternativa, l'Assicurato può utilizzare il modulo cartaceo che trova nella sezione "Modulistica" del sito UniSalute. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta alla Società, unitamente a copia della documentazione medica e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione.

In caso di ricovero a completo carico del SSN, qualora sia previsto dal Piano, l'Assicurato potrà richiedere, in alternativa, l'erogazione dell'indennità sostitutiva.

Si rinvia alla sezione "GLOSSARIO" per gli aspetti riguardanti la terminologia usata.

12. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Funzione Reclami - Via del Gomito, 1 40127 Bologna - fax 051-6386125 - e-mail reclami@unisalute.it.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque

giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati all'ISVAP 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 descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unisalute.it.

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

13. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il Contraente o l'Assicurato intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di UniSalute S.p.A., Ufficio Liquidazione Rimborsuale e Recuperi, Via del Gomito 1, 40127, Bologna, fax n. 0516386145.

Dal 20 marzo 2011 il tentativo di mediazione sarà obbligatorio cioè dovrà essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

14. Arbitrato irrituale

Il contratto prevede che la Società e l'Assicurato possano demandare la risoluzione delle controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulle sue conseguenze ad un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

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

GLOSSARIO

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società. I mezzi di pagamento consentiti dall'Impresa sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Infortunio

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

Malattia

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

Malformazione

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

Difetto fisico

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

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.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

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.

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica.

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

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

Sinistro

Il verificarsi dell'evento per il quale è prestata l'assicurazione.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di polizza.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

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.

Scoperto

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Lettera di Impegno

Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

Piano terapeutico

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico da parte della Società.

Presa in carico

Comunicazione della Società al Centro Odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

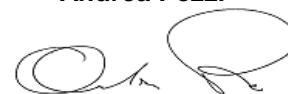
Scheda anamnestica

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua 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.
Il Direttore Generale**

Andrea Pezzi



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo

Piano sanitario per i dipendenti in quiescenza

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- prestazioni di alta specializzazione;
- visite specialistiche, accertamenti diagnostici e medicinali reperibili solo all'estero;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi solo a seguito di infortunio;
- protesi ortopediche e acustiche;
- cure oncologiche;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- odontoiatria/ortodonzia;
- lenti;
- sindrome metabolica;
- diagnosi comparativa;
- 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**
- b) **Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società**
- c) **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 dei pensionati, non dirigenti, delle Banche del Gruppo Intesa Sanpaolo e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico intendendo per tali il coniuge, i figli (anche se adottati, in affidamento preadottivo o permanentemente inabili al lavoro, anche i figli del coniuge non legalmente separato o di fatto) ed altri familiari (parenti in linea retta o collaterale – genitori, nonni, nipoti, fratelli, sorelle) purché tutti risultanti da stato di famiglia.

La copertura può essere estesa con versamento del relativo premio a carico del pensionato, al coniuge o al convivente "more uxorio", ai figli non fiscalmente a carico ed ai genitori del pensionato purché tutti risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate risultanti dallo stato di famiglia ad eccezione di coloro che hanno già in essere analoga copertura assicurativa o del solo coniuge o convivente more uxorio. E' data facoltà alla Società richiedere prova della copertura. Il personale andato in quiescenza successivamente al 1° gennaio 2007 che potrà aderire al contratto sarà il pensionato già precedentemente coperto da polizza assicurativa delle banche del gruppo e coloro i quali sono andati in quiescenza successivamente al 1 gennaio 2007 o contestualmente alla data del 1/1/2011.

Laddove sia previsto il requisito della convivenza, la facoltà di estensione ha efficacia solo dopo il compimento di un intero anno dal verificarsi del requisito medesimo a fronte di richiesta presentata che comprovi la sussistenza della convivenza per l'intero anno precedente.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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

a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici, onorari medici (incluse terapie mediche), medicinali e trattamenti fisioterapici effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.

La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

b) Intervento chirurgico

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

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero.

c) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €. 250,00 al giorno.

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) Assistenza infermieristica privata individuale

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

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

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 €1.500,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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 a seguito di malattia e infortunio” e 3.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati a soli fini diagnostici.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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 a seguito di malattia e infortunio” lett. a) “Pre-ricovero”, b) “Intervento chirurgico, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, g) “Post-ricovero” e 3.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

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 a seguito di malattia e infortunio” 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. 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 a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 6.500,00 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”.

3.6.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico 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 a seguito di malattia e infortunio” lett. b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”; relativamente alle prestazioni “post-ricovero” vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura

a seguito di malattia e infortunio”, lettera g) “Post-ricovero”, e 3.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 3.500,00 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 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8 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 con applicazione di una franchigia di € 1.000,00, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.7 “Rimpatrio della salma”

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

punto 3.6 “Parto e aborto”;

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati. Nel caso di prestazioni legate a patologie pregresse, conosciute o non conosciute prima dell'ingresso nel presente contratto, la franchigia applicata verrà elevata ad € 2.000,00.

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società (solo se la provincia di domicilio è priva di strutture convenzionate).

Nel solo caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”:

– lett. d) “Retta di degenza”;

– lett. e) “Accompagnatore”;

– lett. f) “Assistenza infermieristica privata individuale”;

punto 3.2 “Trasporto sanitario”;

punto 3.6 “Parto e aborto”;

punto 3.7 “Rimpatrio della salma”

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

c) 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 3.9 “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”.

3.9 INDENNITA’ SOSTITUTIVA

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, ferma restando la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di pre e post ricovero con le modalità di cui ai punti 3.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” lett. a) Pre- ricovero e lett. g) Post ricovero, avrà diritto a un’indennità di €. 50,00 per ogni giorno di ricovero o day hospital per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero. Le spese relative alle garanzie di pre e post ricovero in questo caso vengono prestate senza l’applicazione di eventuali limiti previsti al punto 3.8 “Modalità di erogazione delle prestazioni” ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a €. 2.000,00. Nel caso di grande intervento chirurgico, l’importo giornaliero della diaria si intende elevato a €. 150,00.

3.10 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 150.000,00 per nucleo familiare. (Nel caso di “grande intervento chirurgico”, intendendo per tali quelli contenuti nell’elenco allegato alla polizza, il massimale suindicato si intende raddoppiato).

Per il complesso delle prestazioni indicate al punto 3 “ricovero” e nel solo caso di patologie pregresse, conosciute o non conosciute prima dell’ingresso nel presente contratto, il massimale annuo corrisponde ad € 25.000,00 per nucleo familiare.

4. ALTA SPECIALIZZAZIONE

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

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr

- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- 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
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- 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.

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%.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 15.000,00 per nucleo familiare.

5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni indicate ai punti 5.1, 5.2, 5.3 e 5.4 corrisponde a € 3.000,00 per nucleo familiare.

5.1 VISITE SPECIALISTICHE (anche omeopatiche)

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche, visite omeopatiche conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite odontoiatriche e ortodontiche. Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

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 con applicazione di una franchigia di € 2000 per ogni visita specialistica.

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 30%.

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

5.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

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

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 con applicazione di una franchigia di € 2000 per ogni accertamento diagnostico.

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 30%.

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

5.3 MEDICINALI REPERIBILI SOLO ALL'ESTERO

La Società provvede al rimborso delle spese per medicinali reperibili solo all'estero e prescritti a seguito di malattia o infortunio con l'applicazione di uno scoperto del 50%.

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

Ai fini del rimborso è necessario l'invio della seguente documentazione:

- copia delle prescrizioni mediche nominative;
- fustelle staccate dalla confezione del farmaco o parte della confezione del farmaco da cui risultino denominazione e prezzo del farmaco;
- relativi scontrini fiscali riportanti i codici fiscali.

Non verrà, in ogni caso previsto il rimborso per medicinali quali ad esempio viagra, prodotti dietologici, anticoncezionali, prodotti di dermocosmesi, da banco, prodotti omeopatici e rimedi cinesi.

5.4 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

In deroga a quanto previsto all'art. B2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di infortunio con le modalità sottoindicate.

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 con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso di utilizzo di strutture o di personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 30%.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati.

Il sottomassimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.800,00 per nucleo familiare.

6. PROTESI ORTOPEDICHE, ACUSTICHE ED OCULARI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche, acustiche ed oculari nel limite annuo di € 1.000,00 per nucleo familiare.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno scoperto del 20% per fattura.

7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

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 30% .

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

8. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (se non effettuate in regime di ricovero o day hospital), con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie (anche farmacologiche).

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 integralmente rimborsate.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €. 5.000,00 per nucleo familiare.

9. LENTI

La Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute per lenti correttive di occhiali o a contatto nel limite annuo di € 150,00 per nucleo familiare.

La Società provvederà al rimborso delle spese sostenute con applicazione di uno scoperto del 30%.

Per l'attivazione è necessaria la prescrizione del medico oculista, attestante la variazione del visus.

10.1 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 4, la Società provvede al pagamento di un sinistro costituito da una visita odontoiatrica e da una seduta di igiene orale professionale all'anno. Le prestazioni sotto indicate sono nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

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

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità sopra indicate. Analogamente a la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata alla Società.

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 con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

10.2 CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE E ORTODONZIA

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 4, la Società provvede al pagamento delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative.

In aggiunta a quanto previsto al punto 10.1 "Prestazioni odontoiatriche particolari", rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

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 con l'applicazione di uno scoperto del 15% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata con la Società al momento dell'emissione della fattura.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario nazionale o da esso accreditate, la Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Il massimale annuo assicurato corrisponde a € 500,00 per nucleo familiare.

11. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

In deroga a quanto previsto all'art. B2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 4, la Società liquida le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale:

- osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso
- cisti follicolari
- cisti radicolari
- adamantinoma
- odontoma

- accesso dentario da strumento endodontico endocanalare

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 documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, accesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari;

Le spese sostenute vengono liquidate nel limite annuo di € 3.000,00 per assicurato.

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% .

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

12. SINDROME METABOLICA (garanzia operante per il solo titolare)

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile cliccando su www.Unisalute.it e “confermare il suo invio” alla Società.

La stessa provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite e mail mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password

Nel caso in cui l'assicurato non sia in uno stato di “sindrome metabolica” la Società si limiterà a comunicare l'esito positivo della verifica.

Nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica “non conclamata” la Società fornirà alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. La Società comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato potrà autorizzare la Società a contattarlo (via email e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, la Società provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri.

La presente garanzia verrà prestata per due anni, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito Unisalute.

Nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di sindrome metabolica "conclamata" un medico della Società comunicherà all'Assicurato che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie convenzionate con Unisalute. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente polizza, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente polizza, all'Assicurato verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con la Società a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.

13 DIAGNOSI COMPARATIVA

La Società dà la possibilità all'Assicurato di avere un secondo e qualificato parere sulla precedente diagnosi fatta dal proprio medico, con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto.

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa UniSalute **800-822472**, l'Assicurato verrà informato sulla procedura da attivare per ottenere la prestazione.

La Società mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1. **Consulenza Internazionale.** UniSalute rilascerà all'Assicurato un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da Best Doctors® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della documentazione medica richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
2. **Trova Il Medico.** UniSalute, attraverso Best Doctors®, metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine Best Doctors® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.
3. **Trova la Miglior Cura.** Qualora l'Assicurato intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UniSalute, la stessa, attraverso Best Doctors®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'Istituto di cura, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'Assicurato laddove necessario. Best Doctors® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors® consentirà all'Assicurato di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

L'insieme delle prestazioni sopraindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Perdita della vista
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Perdita dell'udito
- Insufficienza renale
- Perdita della parola

- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Paralisi
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare Unisalute e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare alla Società la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata dalla Società, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

14. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-822472 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 tickets, 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.

15. PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

| | |
|--|------------------|
| a) pensionato e nucleo fiscalmente a carico come indicato al punto 2 "Persone assicurate" | €. 900,00 |
| b) coniuge non fiscalmente a carico o convivente "more uxorio" | €. 325,00 |
| c) ogni figlio non fiscalmente a carico | €. 280,00 |
| d) ogni genitore non a carico | € 375,00 |

L'attivazione delle opzioni c) e d) comporta obbligatoriamente l'inserimento di tutti i familiari, intesi come figli o genitori, tutti semprechè risultanti dallo stato di famiglia. E' fatta eccezione solo per il coniuge o il convivente more uxorio.

16 DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i pensionati avrà effetto dalle ore 00 del 01/01/2011 in forma rimborsuale ed il 15/04/2011 in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società, se le anagrafiche complete per ogni nucleo verranno ricevute mediante supporto informatico entro il 04/04/2011. E' possibile aderire, oltre alle date sopra indicate, con le finestre e relativi effetti di seguito riportati e mediante pagamento del premio annuo:

- Effetto della copertura il 1/3/2011 per l'intero nucleo familiare con premio a carico del titolare o che abbiano aderito entro il 28/02/2011 . Ricezione delle adesioni mediante supporto informatico entro il 4/3/2011.
- Effetto della copertura il 1/4/2011 per l'intero nucleo familiare con premio a carico del titolare che abbiano aderito entro il 31/03/2011. Ricezione delle adesioni mediante supporto informatico entro il 4/4/2011.
- Effetto della copertura il 1/5/2011 per l'intero nucleo familiare con premio a carico del titolare che abbiano aderito entro il 30/04/2011. Ricezione delle adesioni mediante supporto informatico entro il 4/5/2011.

Le prestazioni in rete convenzionata per i vari effetti di polizza sopra riportati decorrerà 10 giorni dopo il ricevimento della anagrafica in formato elettronico.

Tutti i familiari da inserire in copertura devono essere comunicati contestualmente al titolare di polizza.

Oltre il 30/04/2011 non potranno più verificarsi inclusioni di pensionati e familiari già presenti al 01/01/2011 fatto salvo per le variazioni di stato di famiglia o di carico fiscale con eventualmente previsto al successivo punto 17.

17. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

1) Coniuge , figli ed altri familiari tutti fiscalmente a carico e risultanti dallo stato di famiglia

Per i pensionati alla data di effetto del contratto, il coniuge, i figli e gli altri familiari come indicato all'articolo 2 "persone assicurate" tutti fiscalmente a carico e risultanti dallo stato di famiglia possono essere inclusi congiuntamente al titolare ed entro la date indicate all'articolo 16 e sempreché venga comunicato nel medesimo momento.

2) Coniuge, figli ed i genitori del titolare non a carico e convivente "more uxorio" tutti risultanti dallo stato di famiglia

Per i pensionati alla data di effetto del contratto, il coniuge ed i figli tutti fiscalmente non a carico possono essere inclusi congiuntamente al titolare ed entro la date indicate all'articolo 16 e sempreché venga comunicato nel medesimo momento. Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

3) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i pensionati 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 o comunicazione. Per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo la garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio. Per i familiari per i quali non è previsto il versamento di un premio aggiuntivo 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.

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

Per i pensionati l'inserimento in data successiva alla decorrenza di polizza è consentita alla prima scadenza annuale di polizza, data in cui terminerà la copertura garantita dalla banca, e sempreché venga inviata espressa richiesta di aderire senza soluzione di continuità.

5) Variazione del requisito di carico fiscale da parte del coniuge, di un figlio o di altri familiari

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge, di un figlio o di altri familiari del titolare, la garanzia cesserà dalla prima scadenza annuale di polizza e dovrà essere comunicata alla Società; al successivo rinnovo annuo la copertura potrà essere mantenuta con versamento del premio da parte del dipendente per il coniuge, per il figlio e per gli altri familiari tutti fiscalmente non a carico. Qualora il coniuge, il figlio e/o gli altri familiari non venga mantenuto nella garanzia dal primo rinnovo successivo il momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

Nel caso di acquisizione, in corso di copertura, del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio o di altri familiari, la garanzia resterà comunque attiva per l'Assicurato interessato fino alla prima scadenza annuale di polizza alle medesime condizioni.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri 2, 3, 4 e 5 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 semestre assicurativo;**
- **al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.**

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 00 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 quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata triennale con revisione annuale del premio e scade alle ore 00 della data indicata in frontespizio. La revisione del premio deve essere comunicata almeno 60 giorni prima della scadenza di polizza, in caso di mancato accordo il contratto si intenderà risolto alla scadenza della annualità.

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.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 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.5 FORO COMPETENTE

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

A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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.7 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.8 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. .

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie;
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
11. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
14. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 80° anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale 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 il 80° anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

Per i soli CARIFI pensionati e relativi familiari il limite di età è di 90 anni.

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito **800-822472** (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 convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall’odontoiatria/ortodonzia)”, **C.1.2** “Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodontia)” **C.1.3** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società” o **C.1.4** “Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale”.

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.1.3** “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società”, **3.8** “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 CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL’ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

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 non saranno liquidate.

C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

L’Assicurato, o il Centro odontoiatrico convenzionato, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della “presa in carico” al centro odontoiatrico relativa alle prestazioni sanitarie cui l’Assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all’effettuazione della prima visita e redigerà la “scheda anamnestica” relativa all’apparato masticatorio dell’Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel piano terapeutico.

Il dentista invierà alla Società:

- la scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;

Successivamente all'esame di tale documentazione la Società provvederà ad inviare alla struttura convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la lettera di impegno.

La Società provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. 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 restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate dalla Società, non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato, non prese in carico.

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'assicurato non saranno liquidate.

C.1.3 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, nel caso di prestazioni non effettuate in strutture convenzionate per mancanza della rete nella provincia di domicilio dell'assicurato, ad eccezione delle spese per prestazioni odontoiatriche ed ortodontiche che non sono comprese, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede della Società 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 medica 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 **3.8** "Modalità di erogazione delle prestazioni" **lett. b)** "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società", al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

C.1.4 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti **C.1.1** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)", **C.1.2** "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)" **C.1.3** "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà presentare il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.1.5 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, con cadenza mensile, 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 non liquidate 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

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio 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 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.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica

- Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per costola cervicale
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi di resezione di corpi vertebrali
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

- Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti Art. 13 D. Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali

Gentile Cliente,

per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi 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 dei 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) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornisce; nonché di dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il rilascio della polizza e per la gestione dell'attività assicurativa e, in alcuni casi, obbligatorio per legge⁽³⁾. In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio **facoltativo** di alcuni dati comuni ulteriori (recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio ed eventualmente, ove Lei sia d'accordo, per illustrarLe nuove opportunità commerciali, anche delle società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.

I dati così acquisiti 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⁽⁴⁾.

TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (COMUNI E SENSIBILI) PER FINALITÀ ASSICURATIVE

I dati personali saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁵⁾; ove necessario potranno essere utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁶⁾ e potranno essere inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

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) così come richiesto nella specifica sezione della pagina precedente.

I dati personali potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi richiesti od in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁷⁾. In particolare, i suoi dati, per le sole finalità di assistenza sanitaria legata alla fornitura dei servizi previsti dal Piano Sanitario in essere, saranno trattati anche dalla/Dal Fondo Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo per i dipendenti con sede in Milano, Paolo Ferrari n. 10, prov. Milano

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi, alcuni dati anche sensibili relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a conoscenza anche del Cliente, quale contraente della polizza, ove necessario per la gestione della medesima polizza, nonché per la verifica delle relative coperture e massimali a disposizione del Cliente e del suo nucleo familiare.

TRATTAMENTO DI DATI COMUNI PER FINALITÀ COMMERCIALI

In una sezione separata Le chiediamo di esprimere un specifico consenso per il trattamento dei Suoi soli dati **comuni** (compresi recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) per finalità commerciali: il Suo consenso ci permetterà di utilizzare i Suoi dati per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti della nostra Società e delle società del nostro Gruppo⁽⁸⁾ svolte per posta o telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.

Il consenso al trattamento dei Suoi dati comuni per tali finalità è facoltativo e il suo mancato rilascio non incide sui rapporti assicurativi in essere.

Esclusivamente per le qui descritte finalità e solo nel caso Lei abbia prestato il Suo consenso, i Suoi dati potranno essere comunicati anche ad altri soggetti - in Italia o all'estero - che li utilizzeranno come autonomi titolari. In particolare, i Suoi dati potranno essere trattati da taluni dei seguenti soggetti: società - anche bancarie - del Gruppo UGF; società specializzate per attività di informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

Il consenso che Le chiediamo di esprimere riguarda, pertanto, anche gli specifici trattamenti effettuati da tali soggetti.

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 del Gomito n. 1 - 40127 Bologna.

Per il solo trattamento per finalità assistenziali è Titolare la/il Sanitario Integrativo del Gruppo Intesa Sanpaolo per i dipendenti con sede in Milano, Paolo Ferrari n. 10, prov. Milano

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà consultare i siti www.unisalute.it o rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati presso UGF Assicurazioni S.p.A. con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna - e-mail: privacy@ugfassicurazioni.it.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, 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 e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio, in materia di accertamenti fiscali, ecc.
- 4) 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.
- 5) Ad esempio, per predisporre o stipulare polizze assicurative, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie di Unipol Gruppo Finanziario, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; l'analisi di nuovi mercati assicurativi; la gestione ed il controllo interno; attività statistico-tarifarie.
- 6) Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. ed UGF Assicurazioni S.p.A., cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto della altre società appartenenti al Gruppo UGF.
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto), da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori, mediatori 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, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta in arrivo e in partenza; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate da Lei scelti; nonché ad enti ed organismi del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (indicati nell'elenco disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 8) Le società facenti parte di Unipol Gruppo Finanziario sono: Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipolgf.it), UGF Assicurazioni S.p.A. (www.ugfassicurazioni.it), Compagnia Assicuratrice Linear S.p.A. (www.linear.it), Navale Assicurazioni S.p.A. e Navale Vita S.p.A. (www.navale.it), UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), UGF Banca S.p.A. (www.ugfbanca.it), UGF Merchant S.p.A. (www.ugfmerchant.it), UGF Leasing S.p.A. (www.ugfleasing.it), Unicard S.p.A. (www.unicard.it) e BNL Vita S.p.A. (www.bnlvita.it); i recapiti aggiornati di ogni società sono disponibili sul sito web di ogni società.

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

Unisalute S.p.A.

Sede e Direzione Generale Via del Gomito, 1- 40127 Bologna (Italy) - Tel. +39 051 6386111 - Fax +39 051 320961 - www.unisalute.it

Cap. soc. i.v. Euro 17.500.000,00 - Registro delle Imprese di Bologna 03843680376 - C. F. e P. Iva 03843680376 - R.E.A. 319365

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. lsvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112)

Iscrizione Albo Imprese Assicuratrici 1.00084 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.

