

# Condizioni di Assicurazione

## **Fondo Intesa Sanpaolo Agenti-Mediatori e Pensionati (Appendice 3 - Gestione Mista)**

Versione del 22/12/2021

## INDICE

<b>CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> .....	1
<b>GLOSSARIO</b> .....	1
<b>1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE</b> .....	6
<b>2. PERSONE ASSICURATE</b> .....	6
<b>3. AREA RICOVERO</b> .....	7
<b>3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E PER GRAVI MALATTIE ;</b> .....	7
<b>3.2 TRASPORTO SANITARIO</b> .....	8
<b>3.3 DAY-HOSPITAL</b> .....	8
<b>3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE</b> .....	8
<b>3.5 TRAPIANTI</b> .....	8
<b>3.6 NEONATI (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)</b> .....	9
<b>3.7 INTERVENTI RICOSTRUTTIVI</b> .....	9
<b>3.8 RIMPATRIO DELLA SALMA</b> .....	9
<b>3.9 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI</b> .....	9
<b>3.10 INDENNITA' SOSTITUTIVA</b> .....	11
<b>3.11 MASSIMALE ASSICURATO</b> .....	11
<b>4. DIAGNOSTICA E TERAPIE</b> .....	11
<b>5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI</b> .....	15
<b>5.1 VISITE SPECIALISTICHE</b> .....	15
<b>5.2 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI</b> .....	15
<b>6. TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DA INFORTUNIO E PRONTO SOCCORSO (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)</b> .....	16
<b>8. PACCHETTO MATERNITA', PARTO E ABORTO (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)</b> .....	17
<b>9. CURE ONCOLOGICHE</b> .....	17
<b>10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)</b> .....	18

<b>11. CURE DENTARIE-PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)</b> .....	18
<b>12. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)</b> .....	19
<b>13. ALTRE GARANZIE (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)</b> .....	20
<b>13.1 PREVENZIONE HERPES ZOSTER</b> .....	20
<b>13.2 TRISOMIA 21 – SINDROME DI DOWN (FIGLI ASSICURATO)</b> .....	20
<b>14. SERVIZI DI CONSULENZA</b> .....	20
<b>15. PREMIO</b> .....	21
<b>16. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA</b> .....	21
<b>17. INCLUSIONI/ESCLUSIONI</b> .....	22
<b>A - CONDIZIONI GENERALI</b> .....	23
<b>A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE</b> .....	23
<b>A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE/ TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE</b> .....	24
<b>A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> .....	24
<b>A.4 ONERI FISCALI/MODIFICHE LEGISLATIVE</b> .....	24
<b>A.5 FORO COMPETENTE</b> .....	24
<b>A.6 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO</b> .....	24
<b>A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE</b> .....	24
<b>A.8 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE</b> .....	25
<b>A.9 ALTRE ASSICURAZIONI</b> .....	25
<b>A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE</b> .....	25
<b>A.11 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> .....	25
<b>A.12 DIRITTO DI RECESSO</b> .....	25
<b>A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE</b> .....	25
<b>A.14 REGIME FISCALE</b> .....	25
<b>A.15 RECLAMI</b> .....	25
<b>A.16 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE</b> .....	27
<b>B – LIMITAZIONI</b> .....	27
<b>B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE</b> .....	27
<b>B.2 ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE</b> .....	27
<b>B.3 LIMITI DI ETÀ</b> .....	29
<b>C – SINISTRI</b> .....	29

<b>C.1</b>	<b>DENUNCIA DEL SINISTRO</b> .....	29
<b>C.1.1</b>	<b>SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL' ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)</b> .....	29
<b>C.1.2</b>	<b>SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA ad eccezione della garanzia "PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI")</b> .....	30
<b>C.1.3</b>	<b>SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE</b> .....	31
<b>C.1.4</b>	<b>SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL'ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)</b> .....	31
<b>C.1.5</b>	<b>SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)</b> .....	32
<b>C.1.6</b>	<b>GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA</b> .....	33
<b>C.2</b>	<b>INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018</b> .....	33
<b>C.3</b>	<b>INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE</b> .....	34
	<b>INFORMATIVA PRIVACY</b> .....	38

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Versione del 22/12/2021

### GLOSSARIO

**Aborto**

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

**Aborto spontaneo**

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

**Aborto terapeutico**

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

**Accertamento diagnostico**

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

**Anno**

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

**Assicurato**

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

**Assicurazione**

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

**Assistenza**

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

**Assistenza Infermieristica**

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

**Contraente**

Il soggetto che stipula la polizza.

### **Day-hospital**

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

### **Difetto fisico**

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

### **Documentazione sanitaria**

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

### **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.

### **Grandi interventi chirurgici**

Interventi chirurgici e patologie riportati nelle Condizioni di assicurazione.

### **Imprese di assicurazione**

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

### **Indennità sostitutiva**

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

### **Indennizzo**

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

### **Infortunio**

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

### **Intervento chirurgico**

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

### **Intervento chirurgico ambulatoriale**

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

### **Istituto di Cura**

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

### **Ivass**

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

### **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.

### **Libera professione intramuraria**

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

### **Malattia**

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

### **Malformazione**

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

### **Massimale**

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

### **Piano terapeutico** (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

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.

### **Polizza**

Il documento che prova l'assicurazione.

### **Premio**

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

### **Presa in carico**

Comunicazione della Società al centro convenzionato in ordine alle prestazioni 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.

### **Reclamante**

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo, ad esempio il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

### **Reclamo**

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

### **Retta di degenza**

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

### **Ricovero**

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

### **Rischio**

La probabilità del verificarsi del sinistro.

### **Scheda anamnestica** (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

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.

### **Scoperto**

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

### **Sinistro**

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

### **Società**

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.



**Struttura sanitaria convenzionata**

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

## 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, a seguito di malattia e infortunio per Grandi Interventi Chirurgici e per Gravi Malattie ;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- indennità sostitutiva;
- prestazioni di diagnostica e terapia;
- visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- ticket per accertamenti e pronto soccorso;
- trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio o patologie particolari;
- pacchetto maternità, parto e aborto;
- cure oncologiche;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- cure dentarie/implantologia;
- prestazioni diagnostiche particolari;
- altre garanzie;
- 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

d) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società, medici non convenzionati

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:

- **degli Agenti/Mediatori di Intesa Sanpaolo con contratto da almeno 6 mesi e dei rispettivi familiari inclusi in copertura;**
- **dei pensionati iscritti al Fondo Sanitario Integrativo che abbiano optato per la gestione mista e dei rispettivi familiari inclusi in copertura.**

Gli iscritti, a richiesta, possono rendere beneficiari delle prestazioni i seguenti familiari:

- fiscalmente a carico:
  - coniuge in assenza di separazione legale o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;
  - i figli (anche se adottati, in affidamento preadottivo o permanentemente inabili al lavoro);
  - altri familiari (parenti in linea retta o collaterale – genitori, nonni, nipoti ex filio, fratelli) purché di età non superiore a 80 anni e conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto anche autocertificato nei termini di legge.
  
- fiscalmente non a carico (con premio a carico dell'iscritto):
  - coniuge in assenza di separazione legale o unito civilmente in assenza di scioglimento del vincolo;
  - coniuge di fatto;
  - figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo purché conviventi con uno dei genitori;
  - figli, anche se adottati od in affidamento preadottivo, del coniuge non legalmente separato o di fatto o unito civilmente;
  - genitori di età non superiore a 80 anni;
  - fratelli e/o sorelle conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto.

### **3. AREA RICOVERO**

#### **3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA, A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO PER GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E PER GRAVI MALATTIE ;**

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

##### a) Pre- ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche **effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.**

**La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.**

##### b) Intervento chirurgico

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

##### c) Assistenza medica, medicinali, cure

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

##### d) Rette di degenza

**Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.**

Nel caso di **ricovero in istituto di cura non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate **nel limite di €. 100,00 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 €. 30,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero**.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

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

g) Post ricovero

Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera**), **effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura**

### 3.2 TRASPORTO SANITARIO

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

### 3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le **prestazioni previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e "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

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

### 3.5 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le **spese previste ai punti "Ricovero in Istituto di cura" e "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 NEONATI (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)**

La Società provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici **effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite**, comprese le spese per le prestazioni di cui ai punti **“Ricovero in Istituto di cura” lett. a) Pre ricovero, b) “Intervento chirurgico”, c) “Assistenza medica, medicinali, cure”, d) “Retta di degenza”, e) “Accompagnatore; g) “Post-ricovero” nel limite annuo di € 10.000,00 per neonato** sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate.

### **3.7 INTERVENTI RICOSTRUTTIVI**

Sono oggetto di indennizzo le spese per gli interventi ricostruttivi, avvenuti in vigenza di copertura, se conseguenti a interventi demolitivi di natura oncologica per qualunque sede anatomica. Nel caso di neoplasia mammaria, tale garanzia interviene in caso di mastectomia radicale. È compresa anche la simmetrizzazione effettuata in concomitanza con tale intervento.

Tale garanzia opera anche in caso di:

- intervento ricostruttivo con natura estetica;
- intervento ricostruttivo effettuato in un secondo momento rispetto all'intervento demolitivo.

La garanzia è prestata fino ad un **massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo, elevato a € 8.000 in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria.**

### **3.8 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.**

### **3.9 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con applicazione di uno scoperto del 10%, ad eccezione delle seguenti:

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

- lett. a) **“Pre ricovero”;**
- lett. f) **“Assistenza infermieristica privata individuale”;**

punto **“Trasporto sanitario”;**

**punto "Rimpatrio della salma"**

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

**punto "Neonati";**

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

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di €. 2.000,00 ad eccezione delle seguenti:

**punto "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 "Trasporto sanitario";**

**punto "Parto e aborto";**

**punto "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 "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".

**d) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici NON convenzionati**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati, ad esclusione degli onorari relativi ai medici non convenzionati, vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con applicazione di uno scoperto del 10%, ad eccezione delle seguenti:

- punto "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":
- lett. a) "Pre ricovero";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

**punto "Trasporto sanitario";**

**punto "Rimpatrio della salma"**

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

**punto "Neonati";**

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

**L'eventuale rimborso degli onorari relativi all'equipe medica non convenzionata, verrà effettuato applicando i limiti previsti dal punto b) della presente garanzia.**

### **3.10 INDENNITA' SOSTITUTIVA**

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse, ferma restando la possibilità da parte della Società di provvedere al pagamento delle spese di "pre" e "post ricovero" con le **modalità di cui ai punti "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 € 70,00 per ogni giorno di ricovero fino al 30° giorno per ogni ricovero. Tale indennizzo viene elevato a € 100,00 dal 31° giorno fino al 100° giorno di ricovero.

Il primo e l'ultimo giorno di ricovero, ai fini del conteggio dei giorni di diaria, sono considerati come un unico giorno.

**L'indennità non viene riconosciuta in caso di permanenza in pronto soccorso/astanteria (OBI) se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria.**

**Le spese relative alle garanzie di "pre" e "post ricovero" in questo caso vengono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti al punto "Modalità di erogazione delle prestazioni" ed assoggettate ad un massimale annuo per nucleo familiare pari a € 2.000,00.**

### **3.11 MASSIMALE ASSICURATO**

**Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 90.000 con un sub-massimale di € 8.000,00 per ogni ricovero effettuato presso strutture sanitarie non convenzionate e/o medici non convenzionati (rimborso/mista)**

## **4. DIAGNOSTICA E TERAPIE**

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

### **Radiologia convenzionale (senza contrasto)**

- Esami radiologici apparato osteoarticolare
- Mammografia (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Mammografia bilaterale (si precisa che per questa prestazione è richiesta solo la prescrizione medica, ma non la patologia)
- Ortopanoramica
- RX colonna vertebrale in toto
- RX di organo apparato
- RX endorali
- RX esofago
- RX esofago esame diretto
- RX tenue seriato
- RX tubo digerente
- RX tubo digerente prime vie

- RX tubo digerente seconde vie
- Tomografia (Stratigrafia) di organi o apparati

**Radiologia convenzionale (con contrasto)**

- Angiografia (sono compresi gli Esami radiologici apparato circolatorio)
- Artrografia
- Broncografia
- Cavernosografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistografia/doppio contrasto
- Cisturografia minzionale
- Clisma opaco e/a doppio contrasto
- Colangiografia/Colangiografia percutanea
- Colangiopancreatografia retrograda
- Colecistografia
- Colpografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- esame urodinamico
- Fistelografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
- RX esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
- RX piccolo intestino con doppio contrasto
- RX stomaco con doppio contrasto
- RX tenue a doppio contrasto con studio selettivo
- RX tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
- Scialografia con contrasto
- Splenoportografia
- Uretrocistografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Wirsungrafia

**Radiologia convenzionale (con contrasto)**

- Ecografia mammaria
- Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
- Ecografia prostatica anche transrettale



- Ecografia addome superiore
- Ecografia addome inferiore

#### **Ecocolordopplergrafia**

- Ecodoppler cardiaco compreso color
- Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
- Ecocolordoppler aorta addominale
- Ecocolordoppler tronchi sovraortici

#### **Tomografia computerizzata (TAC)**

- Angio tc
- Angio tc distretti eso o endocranici
- Tc spirale multistrato (64 strati)
- tc con e senza mezzo di contrasto

#### **Risonanza magnetica (RMN)**

- Cine rm cuore
- Angio rm con contrasto
- Rmn con e senza mezzo di contrasto

#### **Pet**

- Tomografia ad emissione di positroni (pet) per organo/distretto/apparato)

#### **Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)**

- Scintigrafia di Qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
- Medicina nucleare in vivo
- Tomoscintigrafia SPET miocardica
- Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

#### **Diagnostica strumentale**

- Campimetria
- Elettrocardiogramma (ecg) dinamico con dispositivi analogici (holter)
- Elettroencefalogramma
- Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
- Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
- Elettromiografia (emg)
- Elettroretinogramma
- Monitoraggio continuo (24 ore) della pressione arteriosa
- Ph-metria esofagea gastrica
- Potenziali evocati
- Spirometria
- Tomografia mappa strumentale della cornea

#### **Biopsie**

- Biopsia guidata
- Biopsia muscolare

- Biopsia prostatica
- Mapping vescicale

#### **Endoscopie diagnostiche**

- Colicistopancreatografia retrograda per via endoscopica diagnostica (c.p.r.c.)
- Cistoscopia diagnostica
- Esofagogastroduodenoscopia
- Pancolonscopia diagnostica
- Rettoscopia diagnostica
- Rettosigmoidoscopia diagnostica
- Tracheobroncoscopia diagnostica

**Si precisa che nel caso in cui le prestazioni di endoscopia diagnostica si trasformassero in corso d'esame in endoscopie operative la Compagnia garantisce la copertura dell'endoscopia diagnostica mentre la differenza d'importo relativa all'atto operatorio rimane a carico dell'Assicurato**

#### **Varie**

- Biopsia del linfonodo sentinella
- Emogasanalisi arteriosa
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Lavaggio bronco alveolare endoscopico
- Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

#### **Terapie**

- Chemioterapia
- Radioterapia
- Dialisi

**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 l'applicazione di una **franchigia di € 35,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie o a personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia.**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborso 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.**

## 5. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni sotto elencate ai punti 5.1, 5.2, corrisponde a € 500,00 per persona.

### 5.1 VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e 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.

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

Relativamente alle visite specialistiche, 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.

- **Per assicurati di età fino a 61 anni:**

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 € 20 per ciascuna visita specialistica.

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

- **Per assicurati di età uguale o superiore a 62 anni:**

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 € 35,00 per ciascuna visita specialistica.

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.

- **Per assicurati di età fino a 61 anni:**

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 € 20 per ogni accertamento diagnostico.

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

- **Per assicurati di età uguale o superiore a 62 anni:**

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 € 35,00 per ogni accertamento diagnostico.**

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

#### **6. TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI DA INFORTUNIO E PRONTO SOCCORSO (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)**

La Società provvede al **rimborso integrale** delle spese sostenute per i ticket per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, **non rientranti fra quelli previsti dalla garanzia n.4 "Diagnostica e terapie"** e per i ticket sanitari di pronto soccorso, nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale.

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 350,00 per persona.**

#### **7. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO O PATOLOGIE PARTICOLARI (Ictus, Neoplasie invalidanti, Patologie degenerative encefaliche e midollari) (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)**

La Società provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, **compresa l'agopuntura, a seguito di patologie particolari (Ictus, Neoplasie invalidanti, Patologie degenerative encefaliche e midollari) o di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, 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 professionista sanitario 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 con l'applicazione di una **franchigia di € 35,00 per ogni ciclo di terapia.**

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

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per persona, è previsto un sottomassimale di € 150,00 per agopuntura.**

## **8. PACCHETTO MATERNITA', PARTO E ABORTO (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)**

La Società provvede al rimborso integrale delle spese sostenute dall'assicurato per le seguenti prestazioni:

- Ecografie ostetriche;
- Analisi clinico chimiche ed indagini genetiche;
- Analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche);
- Amniocentesi;
- Villocentesi;
- Translucenza nucale;
- Test genetici prenatali non invasivi su DNA fetale;
- Ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.

È inoltre previsto il rimborso integrale delle spese sostenute dall'assicurato per:

- Visite di controllo ostetrico-ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia;
- Controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica/o iscritto all'apposito albo professionale;
- Una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo e di parto indolore, nel numero massimo complessivo di 4 visite/controlli per gravidanza (6 per gravidanza a rischio).

In occasione del parto, e previa presentazione della relativa copia conforme della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), dalla quale si evinca che il ricovero è stato effettuato per parto o per aborto spontaneo o terapeutico, la Compagnia corrisponde **un'indennità di € 70,00 euro per ogni giorno di ricovero per un massimo di 7 giorni.**

**L'erogazione di tale indennità non rientra all'interno del massimale previsto dalla presente garanzia.**

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 1.000,00 per evento gravidanza.**

## **9. CURE ONCOLOGICHE**

Nei casi di malattie oncologiche la Società liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti **(sono escluse le spese relative al ricovero o Day Hospital)**, con massimale autonomo.

Si intendono inclusi in garanzia anche le visite, gli accertamenti diagnostici e le terapie 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 rimborsate integralmente.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società **rimborso 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.**

#### **10. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)**

In deroga a quanto previsto all'art. B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" al punto 3, la Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto", 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 con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo, la Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di struttura sanitaria convenzionata, 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 **senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia**.

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.

#### **11. CURE DENTARIE-PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)**

La Società provvede al pagamento delle spese per l'applicazione degli impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione (massimo 4 denti per anno), l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

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 **25% che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura sanitaria convenzionata** con la Società **al momento dell'emissione della fattura**.

**Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.300,00 per nucleo familiare così suddiviso:**

- **Sub - Massimale annuo per un impianto: € 600,00**
- **Sub - Massimale annuo per due impianti: € 1.100,00**

## **12. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)**

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate **effettuate una volta l'anno dal titolare in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

**Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione.**

### **Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno**

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Elettrocardiogramma di base

### **Prestazioni previste per le donne una volta l'anno**

- Alanina aminotransferasi ALT
- Aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi

- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine; esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Pap test

**Prestazioni previste per gli uomini una volta ogni due anni a partire dal compimento dei quarantacinque anni**

- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecodoppler tronchi sovraortici

**Prestazioni previste per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento dei trentacinque anni**

- Ecodoppler tronchi sovraortici
- Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi)
- Visita specialistica ginecologica

**13. ALTRE GARANZIE (Copertura non prevista per età pari o superiore a 62 anni)**

**13.1 PREVENZIONE HERPES ZOSTER**

UniSalute rimborsa le spese sostenute da ciascun iscritto, con età superiore ai 55 anni, ai fini della prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze.

**Il rimborso verrà effettuato con applicazione di una franchigia di € 36,15 per vaccino/per persona.**

**Massimale annuo assicurato illimitato**

**13.2 TRISOMIA 21 – SINDROME DI DOWN (FIGLI ASSICURATO)**

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down), UniSalute prevede l'erogazione di un indennizzo a forfait pari a € 10.000,00 per anno e per neonato, che sarà erogato nei primi 3 anni di vita del neonato.

**14. SERVIZI DI CONSULENZA**

In Italia

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

**Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 051.....**



#### 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) Agenti – Mediatori come indicato al punto 2 “Persone assicurate”; € 205,00
- b) Iscritti Pensionati come indicato al punto 2 “Persone assicurate”; € 500,00
- c) Coniuge non fiscalmente a carico o “convivente more uxorio”; € 74,00
- d) Ogni figlio non fiscalmente a carico anche se adottato od in affidamento preadottivo purché convivente con uno dei genitori; figli non fiscalmente a carico, anche se adottati o in affidamento preadottivo, del coniuge non legalmente separato o di fatto o unito civilmente; € 64,00
- e) Ogni genitore non fiscalmente a carico di età non superiore a 80 anni; € 85,00
- f) Ogni fratello e/o sorella non fiscalmente a carico conviventi da stato di famiglia anagrafico dell'iscritto; € 85,00

L'attivazione delle opzioni c), d) ed e) f) 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 dipendenti e relativi familiari** avrà effetto dalle ore 00.00 del 01.01.2022 in forma rimborsuale. In forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società decorrerà dalle ore 00:00 del 15° giorno successivo al ricevimento mediante supporto informatico delle anagrafiche complete e gestibili.

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

Oltre il 01.01.2022 non potranno più verificarsi inclusioni di familiari già presenti al 01.01.2022 all'interno dal nucleo familiare Assicurato fatto salvo quanto eventualmente previsto al successivo punto 17.

## 17. INCLUSIONI/ESCLUSIONI

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

### 1) Inclusione del coniuge, figli ed altri familiari tutti fiscalmente a carico e risultanti dallo stato di famiglia

Per i **dipendenti in servizio** alla data di effetto del contratto, il coniuge, i figli e gli altri familiari del titolare tutti fiscalmente a carico possono essere inclusi anche in un momento successivo alla data di effetto del contratto.

In questo caso la garanzia **decorre dal giorno di effetto del contratto sempreché l'inclusione venga comunicata alla Società prima della fine dell'annualità assicurativa**. Qualora la comunicazione non pervenga entro la scadenza dell'annualità assicurativa la garanzia decorrerà dal primo giorno dell'annualità in cui è pervenuta alla Società la relativa comunicazione.

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

Per i dipendenti **in servizio** alla data di effetto del contratto, **il coniuge, i figli ed i genitori del titolare fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", come indicato all'articolo 2 "persone assicurate", possono essere inclusi mediante pagamento del relativo premio ed invio dell'apposito modulo entro 30 giorni dalla variazione dello stato di famiglia. Oltre detto termine, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge, i figli ed i genitori fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio" risultanti dallo stato di famiglia di dipendenti neoassunti.**

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 **dipendenti in garanzia** alla data di effetto del contratto, **l'inclusione di familiari come definiti al punto 2 "Persone assicurate" in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. 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; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società sempreché 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

Le **inclusioni di dipendenti in data successiva a quella di effetto della polizza** sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per il dipendente e i familiari indicati al punto 2 "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il dipendente intenda inserire l'eventuale coniuge, figli o altri familiari del dipendente, come indicato all'articolo 2 "persone assicurate", tutti fiscalmente non a carico o il convivente "more uxorio", tutti se risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione e non potrà inserirli successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

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

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.

Eventuali esclusioni verranno effettuate mediante restituzione all'Assicurato del premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di esclusione e la prima scadenza utile di polizza, al netto delle imposte.

6) Cessazione del rapporto di lavoro

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

## **A - CONDIZIONI GENERALI**

### **A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE**

L'assicurazione ha effetto dalle ore 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 00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 00 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

#### **A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE/ TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE**

La polizza ha durata annuale con effetto dalle ore 00 del 01/01/2022.

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/MODIFICHE LEGISLATIVE**

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.

Inoltre, qualora intervengano modifiche legislative che abbiano impatto sulle prestazioni sanitarie oggetto del presente contratto, la Società comunicherà al Contraente la necessità di incontrarsi tempestivamente per definire le modifiche da apportare alla polizza, con effetto a partire dalla prima scadenza annua utile.

Nel caso in cui non si raggiunga un accordo, in deroga a quanto previsto nell'art. A.2 "Durata dell'assicurazione/Tacito rinnovo dell'assicurazione", il contratto non si rinnoverà tacitamente e la copertura cesserà alla prima scadenza annua utile, senza la necessità di una formale comunicazione di disdetta.

#### **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 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO**

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

#### **A.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 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE**

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

#### **A.9 ALTRE ASSICURAZIONI**

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

#### **A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE**

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

#### **A.11 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

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

#### **A.12 DIRITTO DI RECESSO**

Non è previsto il diritto di recesso.

#### **A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE**

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

#### **A.14 REGIME FISCALE**

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza. Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%

#### **A.15 RECLAMI**

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

inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.**

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it).

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

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'IVASS, Servizio tutela del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e della Società, contengono:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Società: [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet [http://ec.europa.eu/internal\\_market/fin-net/members\\_en.htm](http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm) chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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

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

- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista.

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

## **A.16 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE**

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

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

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

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

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

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

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

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

## **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) **infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi**
- 2) **infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza**
- 3) **infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni**
- 4) **infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che**

- comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
- 5) infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
  - 6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
  - 7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
  - 8) cura di malattie mentali nei casi in cui si dia luogo a trattamento sanitario obbligatorio ai sensi degli artt. 34 e 35 della legge n. 833/1978;
  - 9) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni;
  - 10) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze, salvo in caso di malformazioni neonatali
  - 11) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;
  - 12) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
  - 13) 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.
  - 14) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi l'indennità sostitutiva di cui all'art. 22
  - 15) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato
  - 16) interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
  - 17) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.
  - 18) spese per vaccini
  - 19) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
  - 20) ricoveri impropri



## 21) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze

### B.3 LIMITI DI ETÀ

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

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

## C – SINISTRI

### C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione della prestazione sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) utilizzando la funzione "Prenotazione visite/esami" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti. Se non può accedere ad internet e in caso di ricovero, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-..... (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 051.....) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)", C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)", C.1.3 "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale" C.1.4 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)" o C.1.5 "Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)".

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

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate ai punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)", 3.8 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società" e C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)".

#### C.1.1 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE DIVERSE DALL' ODONTOIATRIA/ORTODONZIA)

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

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di ricovero(\*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;

- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(\*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extraricovero, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

**(\*) Tutta la documentazione sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al ricovero / intervento chirurgico ambulatoriale, ad esso connesso, dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce.**

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

**Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra.** In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

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

**Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, con le modalità di cui al punto 3.9 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società" per le garanzie di ricovero e con le modalità riportate nei singoli punti delle garanzie di specialistica, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.**

#### **C.1.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ (SEZIONE VALIDA PER GARANZIE ODONTOIATRIA/ORTODONZIA ad eccezione della garanzia "PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI")**

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

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di prestazioni diagnostiche, 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; nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo. 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.

- “scheda anamnestica” redatta dal medico curante sulla base del modello allegato al presente contratto (e/o contenuto nella “Guida al piano sanitario”).

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 fruite 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, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato, e di eventuali scoperti e franchigie previsti alle singole garanzie.**

### **C.1.3 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 “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)” “Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)”, “Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)” o “Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)”.**

Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo. **Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, se prevista, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.**

### **C.1.4 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 verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.1 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie diverse dall'odontoiatria/ortodonzia)" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale"** e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

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

#### **C.1.5 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 verranno liquidate con le modalità previste ai punti C.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie odontoiatria/ortodonzia)" o C.1.3 "Sinistri nel servizio sanitario nazionale"** e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

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

#### **C.1.6 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA**

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

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

1. **riepilogo mensile** delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;
2. **riepilogo annuale** di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

#### **C.2 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018**

Il 1 luglio 2020 sono entrate in vigore le nuove disposizioni del Regolamento dell'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni n. 41/2018 (di seguito, il "Regolamento") in materia di home insurance.

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

La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un'"Area Regolamento IVASS 41/2018" accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall'"AREA SERVIZI CLIENTI" già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.

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

### **C.3 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE**

#### **1. Informazioni generali**

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it) – indirizzo di posta elettronica [unisalute@pec.unipol.it](mailto:unisalute@pec.unipol.it) o [info@unisalute.it](mailto:info@unisalute.it).

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

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

#### **2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2020, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 205,22 milioni con capitale sociale pari ad € 78,03 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 84,91 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito [www.unisalute.it](http://www.unisalute.it), ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2020, è pari ad € 84,77 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 30,86 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 185,56 milioni e ad € 176,03 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2020, pari a 2,19 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

## Allegato 1

### ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

#### Neurochirurgia

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

#### Chirurgia Generale

- Ernia femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

#### Oculistica

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

#### Otorinolaringoiatria

- Asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale sferoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Ricostruzione della catena ossiculare

#### Chirurgia del collo

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento latercervicale mono o bilaterale

#### Chirurgia dell'apparato respiratorio

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici



- **Pneumectomia totale o parziale**

#### **Chirurgia Cardiovascolare**

- **Asportazione di tumore glomico carotideo**
- **Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasverso**
- **Angioplastica con eventuale stent**
- **Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi**
- **Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia**
- **Interventi sul cuore per via toracotomia**
- **Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica**
- **Safenectomia della grande safena**

#### **Chirurgia dell'apparato digerente**

- **Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago**
- **Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica**
- **Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne**
- **Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne**
- **Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica**
- **Appendicectomia con peritonite diffusa**
- **Chirurgia gastrointestinale per perforazioni**
- **Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore ( con o senza colostomia)**
- **Drenaggio di ascesso epatico**
- **Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale**
- **Interventi chirurgici per ipertensione portale**
- **Interventi con esofagoplastica**
- **Interventi di amputazione del retto-ano**
- **Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica**
- **Interventi per echinococcosi epatica**
- **Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale**
- **Intervento per neoplasie pancreatiche**
- **Intervento per pancreatiche acuta o cronica per via laparotomica**
- **Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica**
- **Intervento per fistola gastro-digiunocolica**
- **Intervento per mega-esofago**
- **Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari**
- **Resezione gastrica**
- **resezione gastrica allargata**
- **Resezione gastrica totale**
- **Resezione gastro-digiunale**
- **Resezione epatica**



### **Urologia**

- **Terapia della calcolosi urinaria**
- **Cistoprostatovescicolomia**
- **Interventi di cistectomia totale**
- **Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare**
- **Interventi di prostatectomia radicale**
- **Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostmia**
- **Nefroureteronomia radicale**
- **Surrenalectomia**

### **Ginecologia**

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

### **Ortopedia e traumatologia**

- **Interventi per sindrome del tunnel carpale**
- **Intervento per dito a scatto**
- **Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne**
- **Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei**
- **Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne**
- **Interventi di stabilizzazione vertebrale**
- **Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma**
- **Interventi per costola cervicale**
- **Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma**
- **Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma**
- **Trattamento delle dosimetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni**
- **Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare**

### **Chirurgia maxillo-facciale**

- **Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio**

### **Trapianti**

- **Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche**

## INFORMATIVA PRIVACY

### Gentile Cliente,

ai sensi dell'art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”) e degli artt. 15 e 16 del Reg. Ivass n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti, UniSalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati<sup>(1)</sup>.

#### QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti<sup>(2)</sup> ci fornite; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali<sup>(3)</sup> (in particolare, relativi alla Sua salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione<sup>(4)</sup>; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza<sup>(5)</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderà di registrarsi all'“Area riservata” del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, utilizzeremo questi dati anche per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dalla Sua polizza ed inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a Lei ed ai Suoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l'“Area riservata” del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal Suo *smartphone*, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

I dati relativi alla Sua salute (come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'“Area riservata” del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App) sono necessari per dare corso alle prestazioni previste dalla Sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi<sup>5</sup>. Il conferimento di questi dati è necessario per poterLe fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso Suo o del Suo eventuale familiare/convivente interessato<sup>(1)(8)</sup>.

#### PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo<sup>(6)</sup>. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano<sup>(7)</sup> o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa<sup>(5)</sup>.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del “Titolare assicurato”, alcuni dati, anche appartenenti a categorie particolari relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a conoscenza anche del predetto “Titolare assicurato” ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della Sua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all'“Area riservata” del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili, qualora previste dal Suo Piano Sanitario, e gestire così in autonomia la propria posizione.

#### COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti 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, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto<sup>(9)</sup>. I Suoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali e assicurativi (di regola, 10 anni).

#### QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì diritto a richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare. Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è UniSalute S.p.A. ([www.unisalute.it](http://www.unisalute.it)), con sede in Via Larga n. 8 – 40138 Bologna. Il “Responsabile per la protezione dei dati” è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito [privacy@unisalute.it](mailto:privacy@unisalute.it) al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (7).

Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

**Note**

- 1) In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi.
- 2) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 3) Rientrano nelle categorie particolari di dati personali non solo quelli relativi alla salute, ma anche i dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona e i dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 6) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it)
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.
- 8) Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).
- 9) 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.