

Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione sanitaria

UniSalute AIO – Associazione Italiana Odontoiatri

Condizioni di Assicurazioni – Spese Mediche

Versione del 30/09/2024

INDICE

| | |
|---|----|
| GLOSSARIO | 1 |
| NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE | 8 |
| QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE | 8 |
| 1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE | 8 |
| 2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI | 8 |
| 3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE | 9 |
| 4. FORMA DELLE COMUNICAZIONI | 9 |
| 5. DIRITTO DI RECESSO | 9 |
| 6. VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE | 9 |
| 7. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO | 10 |
| QUANDO E COME DEVO PAGARE | 10 |
| 8. PAGAMENTO DEL PREMIO | 10 |
| CHE OBBLIGHI HO | 10 |
| 9. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE..... | 10 |
| ALTRE NORME | 11 |
| 10. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE | 11 |
| 11. OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE | 11 |
| 12. ALTRE ASSICURAZIONI..... | 11 |
| 13. FORO COMPETENTE | 11 |
| 14. LEGISLAZIONE APPLICABILE | 11 |
| 15. REGIME FISCALE | 11 |
| 16. RECLAMI | 12 |
| 17. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE | 13 |
| SEZIONE SPESE SANITARIE | 14 |
| COSA ASSICURA..... | 14 |
| 18. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE..... | 14 |
| 19. RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO | 14 |
| 19.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO..... | 14 |
| 19.2 TRASPORTO SANITARIO | 15 |
| 19.3 TRAPIANTI | 15 |

| | | |
|------|---|----|
| 19.4 | PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI..... | 16 |
| 19.5 | RIMPATRIO DELLA SALMA..... | 16 |
| 19.6 | MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI | 16 |
| 19.7 | INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO..... | 17 |
| 19.8 | MASSIMALE ASSICURATO | 17 |
| | COSA ASSICURA..... | 18 |
| 20. | OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE..... | 18 |
| 21. | ALTA SPECIALIZZAZIONE..... | 18 |
| 22. | ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI..... | 20 |
| 23. | TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE..... | 20 |
| 24. | PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE..... | 20 |
| 25. | PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE ODONTOIATRICA..... | 21 |
| 26. | STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE..... | 22 |
| 26.1 | OGGETTO DELLA GARANZIA..... | 22 |
| 26.2 | CONDIZIONI DI ASSICURABILITA' | 22 |
| 26.3 | MASSIMALE ASSICURATO | 23 |
| 26.4 | TERMINE PER L'INDENNIZZO..... | 23 |
| 26.5 | DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA..... | 23 |
| 26.6 | PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA..... | 26 |
| 27. | SECOND OPINION..... | 29 |
| | CHE COSA NON È ASSICURATO | 29 |
| 28. | ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE | 29 |
| 29. | ESTENSIONE TERRITORIALE..... | 30 |
| | SEZIONE ASSISTENZA | 32 |
| | COSA ASSICURA..... | 32 |
| | SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA..... | 32 |
| | CHE COSA NON È ASSICURATO | 34 |
| 30. | ESCLUSIONI | 34 |
| | NORME CHE REGOLANO I SINISTRI | 35 |
| 31. | DENUNCIA DEL SINISTRO | 35 |
| 32. | SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE | 35 |
| 33. | SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE | 36 |

| | | |
|------|---|----|
| 34. | SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE | 37 |
| 35. | AREA TERRITORIALE SCOPERTA | 37 |
| 36. | PAGAMENTO DEL SINISTRO | 37 |
| 37. | DENUNCIA DEL SINISTRO PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE..... | 38 |
| 37.1 | RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE..... | 38 |
| 37.2 | MODALITA' DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI | 38 |
| 37.3 | EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO-ASSISTENZIALI | 39 |
| 37.4 | RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA | 39 |
| 37.5 | ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA | 40 |
| 38. | GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA | 40 |
| 39. | PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DALLA POLIZZA..... | 41 |
| 40. | CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE | 42 |
| 41. | OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE | 42 |
| 42. | SECOND OPINION – CRITERI DI INDENNIZZABILITA' | 42 |
| 43. | INFORMATIVA “HOME INSURANCE” - INDICAZIONI PER L’ACCESSO ALL’AREA RISERVATA AI SENSI DEL REGOLAMENTO IVASS 41/2018 | 43 |
| | ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI | 45 |
| | INFORMATIVA PRIVACY | 47 |

GLOSSARIO

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale anche cruenta e/o invasiva atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia.

Agenti

Gli Intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più Imprese di assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione A del Registro.

Amministratore di sostegno

Persona nominata dal Giudice Tutelare per svolgere atti sia in sostituzione che congiuntamente alla persona non autosufficiente; questa figura è stata istituita per tutelare e aiutare le persone con gravi stati di disabilità o non autosufficienza quindi la persona assistita mantiene la sua capacità di agire e di decidere.

Anno

Periodo di tempo pari a (365) trecentosessantacinque giorni, o a (366) trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

La persona nel cui interesse viene stipulata l'Assicurazione.

Assicurazione

La copertura assicurativa oggetto del presente contratto di assicurazione, come definito dall'Art 1882 del Codice Civile, oppure la copertura assicurativa oggetto di ciascuna garanzia del presente contratto di assicurazione.

Assistenza

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

Assistenza Infermieristica

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

Atti elementari della vita quotidiana

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

Broker

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di Imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del Registro.

Case Manager (CM)

Infermiere responsabile dell'accertamento dei problemi dei pazienti e delle loro famiglie, identifica i problemi esistenti o potenziali, valutando le condizioni fisiche, psicosociali ed emotive della persona e sviluppa poi il PAI che risponde alle necessità identificate.

Centrale Operativa

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

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

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

Contraente

La persona giuridica che stipula la Polizza.

Difetto fisico

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

Dipendenti e collaboratori

Le persone che, dietro compenso, su incarico degli Intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D del Registro, svolgono l'attività di Intermediazione assicurativa e riassicurativa all'interno o, se iscritti nella sezione E del Registro, anche fuori dai locali dell'Intermediario per il quale operano.

Documentazione sanitaria

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

FIN-NET

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

Franchigia

La parte di danno determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Quando espressa in giorni indica 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 da UniSalute in caso di Ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il Ricovero. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post Ricovero, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di Polizza.

Indennizzo

La somma dovuta da UniSalute in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Intermediario

Le persone fisiche o le società iscritte nel Registro unico elettronico degli Intermediari assicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

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

Intervento chirurgico

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

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.

Libera professione intramuraria

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

Lite transfrontaliera

La controversia tra un Contraente di uno Stato membro ed un'Impresa di Assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

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

Massimale mensile

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

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica.

Medicinale

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

Periodi di carenza

Periodo nel quale non sono attive le garanzie del contratto e pertanto non possono essere autorizzate prestazioni dirette né rimborsate le spese sostenute.

Piano assistenziale Individualizzato (PAI)

È lo strumento operativo di eccellenza per l'area infermieristica; ha lo scopo di valutare la persona dal punto di vista clinico, assistenziale, sociale ed economico per elaborare un piano di Assistenza che soddisfi tutte le necessità riscontrate. Il PAI permetterà l'attivazione delle prestazioni medico/assistenziali che sono state valutate necessarie all'Assicurato non autosufficiente.

Polizza

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

Premio

La somma dovuta dal Contraente ad UniSalute.

Presa in carico

Comunicazione di UniSalute alla Struttura sanitaria convenzionata in ordine alle prestazioni che UniSalute 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.

Questionario di riconoscimento di uno stato di non autosufficienza

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

Reclamante

Persona fisica o giuridica che sia titolata a far valere il diritto alla trattazione del Reclamo da parte dell'Impresa di Assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo, ad esempio il Contraente e l'Assicurato.

Reclamo

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

Registro

Il Registro unico elettronico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209.

Retta di degenza

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità del verificarsi del Sinistro.

RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali)

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

Scoperto

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

Sinistro

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

Stato di non autosufficienza consolidato

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

Struttura sanitaria convenzionata

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

Teladoc Health International

La società che coadiuva UniSalute nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia "Second opinion". Teladoc Health International, Paseo de la Castellana 79, 28046 Madrid, Spagna.

Terapie mediche

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

Tutore legale

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

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

Unipol Gruppo S.p.A.

Gruppo assicurativo leader in Italia nei rami Danni, le cui azioni ordinarie sono quotate alla Borsa Italiana ed al quale fanno capo diverse imprese di assicurazione, fra le quali UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e UniSalute S.p.A.

UniSalute

UniSalute S.p.A. è la Compagnia di Assicurazioni.

Visita medica specialistica

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

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

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nella Polizza, se il Premio o la prima rata sono stati pagati.

Se il Premio o la prima rata di Premio non sono stati pagati, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno di pagamento.

2. PERIODI DI CARENZA CONTRATTUALI

La garanzia decorre dalle ore 24:00:

- del **giorno di effetto** dell'Assicurazione per **gli Infortuni**;
- del **30° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per le **Malattie**;
- del **60° giorno** successivo a quello di effetto dell'Assicurazione per **l'Aborto e le Malattie dipendenti da gravidanza**;
- del **180° giorno** successivo a quello di effetto della Assicurazione per le conseguenze di **Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipula del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed accettate da UniSalute**; se UniSalute rinuncia esplicitamente alla compilazione del Questionario Sanitario, per le Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipula del contratto la decorrenza è sempre fissata dal centottantesimo giorno successivo a quello di effetto dell'Assicurazione.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra emessa da UniSalute o società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A. riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, le carenze operano:

- dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali risultanti da quest'ultima;
- dal giorno di effetto dell'Assicurazione di cui al presente contratto, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da esso previste.

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

3. DURATA DELL' ASSICURAZIONE

La Polizza può avere durata annuale o poliennale e cessa alla scadenza contrattualmente prevista. La Polizza è stipulata senza tacito rinnovo.

4. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e UniSalute sono tenuti, devono essere fatte con lettera raccomandata o a mezzo fax.

5. DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso, salvo il caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

6. VARIAZIONE DELLE PERSONE ASSICURATE

Le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate, che avvengano nel periodo di validità del contratto, devono essere comunicate per iscritto a UniSalute. Quest'ultima, qualora sussistano le condizioni di assicurabilità delle persone da includere, emette appendice di variazione. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente viene mantenuto in garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

7. DIRITTO ALL'OBLIO ONCOLOGICO

Il 2 gennaio 2024 è entrata in vigore la Legge 7 dicembre 2023 n. 193 che ha introdotto il cosiddetto "Diritto all'Obligo Oncologico" che stabilisce il diritto delle persone guarite da una patologia oncologica da più di 10 (dieci) anni (5 (cinque) anni nel caso in cui la patologia oncologica sia insorta prima dei 21 (ventuno) anni di età) a non fornire informazioni né subire indagini in merito alla propria pregressa condizione di salute nella fase di stipula o successivamente, nonché in fase di rinnovo di contratti relativi a servizi bancari, finanziari, di investimento e assicurativi. Pertanto, laddove tali informazioni fossero erroneamente dichiarate dall'Assicurato o fossero già note alla Compagnia, le stesse non potranno essere utilizzate per la determinazione delle condizioni contrattuali.

Il successivo Decreto del 22 marzo 2024, ha poi stabilito che per alcune patologie oncologiche si applicano termini inferiori rispetto a quelli generali sopra indicati.

Inoltre, l'ulteriore Decreto del 05 luglio 2024 ha introdotto la disciplina delle modalità e delle forme per la certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini della normativa sull'obbligo oncologico.

Sono previsti ulteriori decreti attuativi e provvedimenti che completeranno il quadro normativo in materia.

Per saperne di più e per tutti gli aggiornamenti normativi, l'Assicurato può consultare l'Informativa sempre aggiornata sul sito www.unisalute.it alla pagina dedicata.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

8. PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio deve essere pagato in un'unica soluzione ad UniSalute oppure all'agenzia/Intermediario assicurativo di UniSalute, al quale è stata assegnata la Polizza.

UniSalute può concedere il pagamento frazionato del Premio annuale in rate semestrali senza applicazione di oneri aggiuntivi.

CHE OBBLIGHI HO

9. 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 del Codice Civile, ha l'obbligo di comunicare per iscritto ad UniSalute dette circostanze.**

ALTRE NORME

10. MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione successive alla stipula della Polizza devono essere provate per iscritto.

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 UniSalute le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione.

12. ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare a UniSalute l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso Rischio.

In caso di Sinistro, il Contraente, o l'Assicurato, **deve avvisare tutti gli assicuratori per iscritto e indicare a ciascuno il nome degli altri, come previsto dall'art. 1910 del Codice Civile.**

L'Assicurato deve richiedere a ciascun assicuratore l'Indennizzo dovuto secondo la rispettiva assicurazione autonomamente considerata, purché le somme complessivamente ricevute non superino l'ammontare del danno.

13. FORO COMPETENTE

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

14. LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana (quando il rischio è ubicato in Italia).

15. 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 prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo Premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) Rimborso spese sanitarie: 2,5%
- b) Assistenza: 10%

16. RECLAMI

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, in particolar modo sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, devono essere inoltrati utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it, oppure per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - fax 0517096892.**

I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. I Reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita Iva) del Reclamante, nonché la descrizione della lamentela. È possibile anche inviare il Reclamo direttamente all'Agente o all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi Dipendenti o Collaboratori.

I Reclami relativi al comportamento degli Intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker/Mediatore o Banche), nonché degli Intermediari assicurativi iscritti nell'elenco annesso, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al Reclamante entro il termine massimo di 45 giorni. Le informazioni utili per la presentazione dei Reclami sono riportate sul sito internet di UniSalute www.unisalute.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il Reclamo, la funzione Reclami di UniSalute deve fornire riscontro al Reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni, oppure 60 giorni nel caso il Reclamo riguardi il comportamento dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi Dipendenti e Collaboratori).

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

I Reclami indirizzati per iscritto all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS e di UniSalute, contengono:

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

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

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

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

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

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

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

17. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

SEZIONE SPESE SANITARIE

COSA ASSICURA

SPESE OSPEDALIERE

18. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione è operante in caso di Malattia e di Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza per le spese di Ricovero sostenute dall'Assicurato per:

- Grande Intervento Chirurgico.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita, l'Assicurato può rivolgersi a UniSalute con le modalità riportate nella sezione "NORME CHE REGOLANO I SINISTRI"

19. RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

19.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

UniSalute paga le spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre- Ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e Visite specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) 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.

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 UniSalute, **la garanzia è prestata nel limite di 55,00 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per Ricovero.**

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Assistenza infermieristica privata individuale nel **limite di 55,00 (cinquantacinque) euro 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 120 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.

19.2 TRASPORTO SANITARIO

UniSalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con **il massimo di 1.500,00 (millecinquecento) euro per Ricovero.**

Qualora, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, si renda necessario, a giudizio dei medici curanti, il rientro dell'Assicurato in Italia, UniSalute rimborsa le spese per il rientro con i mezzi ritenuti più idonei dai medici curanti.

Tali mezzi potranno essere:

- L'aereo di linea in classe economica, se necessario con posto barellato:
- Il treno in prima classe e, se necessario, il vagone letto:
- L'autoambulanza.

UniSalute rimborsa le spese sostenute, compresa l'eventuale assistenza medica e infermieristica durante il viaggio, nel **limite di 5.000,00 (cinquemila) euro per Sinistro.**

19.3 TRAPIANTI

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, UniSalute 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.

19.4 PROTESI ED AUSILI ORTOPEDICI

UniSalute rimborsa le spese per l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di protesi ortopediche rese necessarie a seguito di Malattia o Infortunio che abbiano determinato un Ricovero in Istituto di cura. Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodì, plantari, ecc.

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 3.000,00 (tremila) euro per anno assicurativo e per Assicurato.

19.5 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un Ricovero, UniSalute rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di 5.000(cinquemila) euro per Anno e per persona.

19.6 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

Il convenzionamento dei medici opera esclusivamente quando svolgono la loro attività presso le Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UniSalute. In caso di Intervento chirurgico o di Ricovero medico la Struttura sanitaria si intende convenzionata solo se il personale medico/chirurgico è convenzionato.

Le prestazioni sono erogate nelle seguenti modalità:

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UniSalute alle Strutture sanitarie convenzionate nel limite del Massimale assicurato, ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in Istituto di cura":

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto "Trasporto sanitario";

punto "Protesi ed ausili ortopedici"

punto "Rimpatrio della salma"

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

b) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute.

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono integralmente rimborsate all'Assicurato ad eccezione delle seguenti:

punto "Ricovero in Istituto di cura":

lett. e) "Accompagnatore";

lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";
punto "Trasporto sanitario";
punto "Protesi ed ausili ortopedici"
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, quindi con costo a completo a 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, UniSalute rimborsa 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 UniSalute ed effettuate da medici convenzionati" o b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con UniSalute".

19.7 INDENNITA' SOSTITUTIVA CON PRE E POST RICOVERO

L'Assicurato, **qualora non richieda alcun rimborso ad UniSalute**, per le prestazioni effettuate durante il Ricovero e per altre prestazioni ad esso connesse, ferma la possibilità di richiedere il rimborso per le spese di "pre" e "post Ricovero" con le modalità di cui ai punti "Ricovero in Istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico" lett. a) Pre Ricovero e lett. g) Post Ricovero, ha diritto a un'indennità di **150,00 (centocinquanta) euro per ogni giorno di Ricovero per un periodo non superiore a 100 (cento) giorni per ogni Ricovero**. Le spese relative alle garanzie di "pre" e "post Ricovero" in questo caso sono prestate senza l'applicazione di eventuali limiti previsti al punto "Modalità di erogazione delle prestazioni" ed assoggettate ad un **Massimale annuo pari a 4.000,00 (quattromila) euro**.

19.8 MASSIMALE ASSICURATO

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie è di 250.000,00 (duecentocinquantamila) euro per Assicurato.

COSA ASSICURA

SPESE EXTRAOSPEDALIERE

20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione opera in caso di Malattia e di Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza per le spese extraricovero sostenute dall'Assicurato per:

- Prestazioni di alta specializzazione;
- Accertamenti Diagnostici;
- Tickets per Accertamenti diagnostici e Visite Specialistiche;
- Prestazioni diagnostiche particolari – Prevenzione;
- Prestazioni odontoiatriche particolari – Prevenzione odontoiatrica;
- Stati di non autosufficienza consolidata/permanente;
- Second opinion.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi a UniSalute

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

21. ALTA SPECIALIZZAZIONE

UniSalute paga le spese per le seguenti prestazioni extraricovero e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza:

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

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia

- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vescicolodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC)

Terapie

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

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

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di Scoperti o Franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a Strutture sanitarie o a personale non convenzionato con UniSalute, le spese sostenute sono rimborsate con l'applicazione di uno **Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di 60,00 (sessanta) euro** per ogni Accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 15.000,00 (quindicimila) per Assicurato.

22. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La garanzia opera per gli Accertamenti diagnostici (non compresi nell'elenco di cui all'art. "Alta specializzazione").

UniSalute paga le spese per gli Accertamenti diagnostici extraricovero e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuti durante l'operatività della Polizza. Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

La garanzia non opera per:

- Le visite mediche generiche e specialistiche;
- Esami del sangue, delle urine e delle feci;
- Mineralogia e densitometria ossea computerizzata (MOC e DOC) e Pap Test.

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato sono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di Scoperti o Franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, le spese sostenute sono rimborsate con **l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di euro 60,00 per ogni Accertamento diagnostico.**

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

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde ad euro 1.000,00 per Assicurato

23. TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E VISITE SPECIALISTICHE

Nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, UniSalute rimborsale spese relative ai tickets per Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche conseguenti a Malattia o Infortunio.

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

Il Massimale annuo assicurato corrisponde ad € 1.000,00 (mille) per Assicurato.

24. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE

UniSalute paga le prestazioni elencate effettuate **una volta l'Anno dall'Assicurato in Strutture sanitarie convenzionate** con Unisalute indicate dalla Centrale Operativa a seguito di 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 e sono finalizzate a prevenire l'insorgenza di patologie coperte dalla Polizza.

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

Prestazione previste per gli uomini

- 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
- Visita urologica + PSA (oltre i 40 anni)

Prestazione previste per le donne

- 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
- Visita ginecologica + pap-test (oltre i 40 anni)

25. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI – PREVENZIONE ODONTOIATRICA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'Assicurazione" al punto 14, UniSalute paga una Visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale all'anno in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa a seguito di prenotazione di prestazioni odontoiatriche.

Nel caso di utilizzo per la seduta di igiene orale di una Struttura non convenzionata, è previsto il rimborso della spesa sostenuta **con il limite di 60,00 euro (sessanta) all'Anno**.

Nel caso in cui a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico della Struttura convenzionata riscontri, in accordo con UniSalute, la necessità di effettuare una seconda seduta di igiene orale nell'arco dello stesso Anno assicurativo, UniSalute autorizza e liquida la stessa nei limiti sopra indicati.

Inoltre, per altre prestazioni odontoiatriche che si rendessero necessarie, l'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa l'invio alla Struttura sanitaria convenzionata prescelta un'autorizzazione che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati di UniSalute con un risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto, stabilendo un Piano di Cura. **Il costo di queste prestazioni resta a carico dell'Assicurato.**

26. STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

26.1 OGGETTO DELLA GARANZIA

In deroga a quanto previsto all'art. "Esclusioni dall'Assicurazione" al punto 12 UniSalute, nel limite del Massimale mensile di cui all'articolo "Massimale mensile assicurato", garantisce attraverso la propria rete di Strutture convenzionate l'erogazione di prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali e, in caso di permanenza in RSA, il rimborso delle spese sostenute secondo quanto indicato nel successivo articolo "Piano assistenziale individualizzato (PAI) e prestazioni sanitarie medico assistenziali fornite da strutture convenzionate/rimborso spese in caso di permanenza in RSA" punto 4), sempre che sia comprovata tra le parti la sopravvenuta non autosufficienza dell'Assicurato.

26.2 CONDIZIONI DI ASSICURABILITA'

All'effetto di Polizza, ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate devono rientrare nelle seguenti condizioni di assicurabilità:

1. Non avere limitazioni per compiere quotidianamente uno o più delle attività di vita di seguito indicate:
 - a. Lavarsi
 - b. Vestirsi e svestirsi
 - c. Andare al bagno e usarlo
 - d. Spostarsi
 - e. Continenza
 - f. Nutrirsi

2. **Non essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%.**
3. **Non essere affette dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di medicinali ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 medicinali.**
4. **Non essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.**
5. Aver compiuto 18 anni al momento di effetto della Polizza.

26.3 MASSIMALE ASSICURATO

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al successivo articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza", **il Massimale mensile garantito per il complesso delle garanzie sottoindicate, corrisponde a 800,00 (ottocento) euro.**

26.4 TERMINE PER L'INDENNIZZO

UniSalute riconosce l'Indennizzo se l'Assicurato si trova ancora in vita dopo 60 (sessanta) giorni dalla denuncia scritta a UniSalute dello stato di non autosufficienza.

26.5 DEFINIZIONE DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

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

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

- Continenza
- Nutrirsi

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

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

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

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

0

2° grado

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

5

3° grado

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

10

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

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

0

2° grado

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

5

3° grado

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

10

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
(1) andare in bagno
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno

0

2° grado

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

5

3° grado

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

10

SPOSTARSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi

0

2° grado

L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore

5

3° grado

L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi

10

CONTINENZA

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente continente

0

2° grado

L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno

5

3° grado

L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia

10

NUTRIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività

preparatorie:

- sminuzzare/tagliare cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

5

3° grado

L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale

10

26.6 PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO (PAI) e PRESTAZIONI SANITARIE MEDICO ASSISTENZIALI FORNITE DA STRUTTURE CONVENZIONATE / RIMBORSO SPESE IN CASO DI PERMANENZA IN RSA

L'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato o l'Assicurato stesso, qualora quest'ultimo si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito ai sensi di Polizza (art. "Definizione dello stato di non autosufficienza", dovrà telefonare alla Centrale UniSalute (entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza), al **numero verde 800-009934** (o dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e fornire le informazioni richieste per poter fruire, nell'ambito del Massimale mensile previsto all'art. "Massimale mensile assicurato" e previa valutazione di UniSalute, delle prestazioni e consulenze, di natura sanitaria e non, di cui ai punti seguenti, secondo le modalità descritte.

UniSalute intervistando telefonicamente l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno, il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, valuterà la richiesta pervenuta ed effettuerà una prima valutazione del caso. In questa fase, qualora UniSalute valuti che vi siano i presupposti, potranno

essere fornite dal Case Manager informazioni sui servizi socio-sanitari erogati dalle strutture socio assistenziali e indicazioni sugli uffici deputati ad offrire assistenza a fronte di condizioni di non autosufficienza. Il Case manager provvede inoltre ad inviare all'Assicurato una guida orientativa per le agevolazioni socio/gestionali.

A seguito del contatto telefonico l'Assicurato, l'Amministratore di sostegno o il Tutore legale o il familiare preposto alla cura dell'Assicurato, dovrà produrre la documentazione specificata all'articolo "RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA DA PARTE DI UNISALUTE". Sulla base delle informazioni acquisite telefonicamente e della valutazione della Documentazione sanitaria pervenuta, UniSalute si riserva la facoltà di organizzare una visita domiciliare allo scopo di confermare o meno lo stato di non autosufficienza, alla presenza anche del proprio medico e del Case Manager.

1) Nel caso in cui UniSalute riconosca lo Stato di non autosufficienza consolidato, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle sottoelencate, UniSalute, nei limiti del Massimale mensile di cui all'art. "Massimale mensile assicurato", provvederà a prenotare, autorizzare e liquidare le prestazioni che verranno effettuate sia al domicilio dell'Assicurato che nelle strutture stesse.

All'Assicurato verrà fornita una lettera con l'indicazione delle prestazioni che sono state concordate. In tale documento sarà indicato in modo analitico l'elenco delle prestazioni che resteranno a carico di UniSalute, quelle che verranno erogate con tariffe agevolate il **cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato** e quelle eventualmente rifiutate dall'Assicurato. Questo documento dovrà essere firmato dall'Assicurato, dall'Amministratore di sostegno o Tutore legale o dal familiare preposto alla cura dell'Assicurato, per accettazione del PAI.

Di seguito le prestazioni erogabili a seguito del processo sopra descritto:

- Assistenza fornita da infermiere – Operatore Socio-Sanitario – Assistente familiare;
- Badante;
- Trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- Visite specialistiche;
- Accertamenti diagnostici;
- Trasporto in Ambulanza;
- Prestazioni erogate in regime di Ricovero.

UniSalute procederà con la prenotazione e autorizzazione, delle suddette prestazioni, esclusivamente in Strutture Convenzionate con UniSalute stessa, non prevedendo il rimborso di alcuna spesa sostenuta, ad eccezione di quanto previsto al successivo punto 4).

UniSalute provvederà a monitorare costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle sopra elencate prestazioni.

Qualora a seguito dell'esaurimento del Massimale, una prestazione rimanga a parziale o a totale carico dell'Assicurato, è possibile usufruire tramite condivisione con il Case Manager e la Centrale Operativa, della prenotazione delle prestazioni sanitarie/assistenziali e l'invio alle strutture, prescelte tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

2) Nel caso in cui UniSalute riconosca uno stato di non autosufficienza non ancora consolidato e suscettibile di miglioramento, il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali, se attivati, forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari.

Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

UniSalute monitorerà costantemente l'andamento del PAI, intervenendo eventualmente a sua modifica, in base ai riscontri ricevuti dall'Assicurato stesso e/o dalle Strutture Convenzionate con UniSalute utilizzate per l'erogazione delle prestazioni previste al precedente punto 1).

UniSalute si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad ulteriori visite mediche allo scopo di monitorare le condizioni cliniche dello stesso.

Nel caso in cui, successivamente, il consolidamento dello stato di salute dell'Assicurato comporti il riconoscimento dello stato di non autosufficienza, UniSalute rimborserà le prestazioni precedentemente concordate e prenotate per tramite di UniSalute, nei limiti del Massimale mensile. Qualora invece le condizioni dell'Assicurato non rientrassero più nei parametri della non autosufficienza, tali prestazioni rimarranno a carico dell'Assicurato stesso.

3) Nel caso in cui UniSalute non riconosca lo stato di non autosufficienza, la stessa provvederà a darne comunicazione scritta all'Assicurato.

Laddove il punteggio assegnato da UniSalute al termine dell'istruttoria risultasse essere di almeno 30 punti, all'Assicurato verrà fornito un numero verde specifico attivo 24 ore su 24; inoltre il Case Manager eseguirà una valutazione multidimensionale allo scopo di redigere il PAI, integrato con l'indicazione dei servizi assistenziali forniti dagli Enti pubblici (Regioni, Comuni, ASL) e consegnerà all'Assicurato una guida orientativa, contenente informazioni rispetto al comune di residenza, risposte a quesiti e a necessità espresse dall'Assicurato o dai familiari. Qualora l'Assicurato necessitasse di una o più prestazioni tra quelle elencate al punto 1), UniSalute, provvederà a prenotare tali prestazioni, il cui costo resterà a carico dell'Assicurato, e invierà alla struttura prescelta tra quelle

facenti parte della propria Rete, un fax che permetterà allo stesso di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UniSalute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

4) Qualora l'Assicurato sia "assistito" presso una RSA e pertanto non possa usufruire delle prestazioni previste al precedente punto 1), UniSalute provvederà a rimborsargli, nei limiti del Massimale previsto all'art. "Massimale mensile assicurato", esclusivamente la retta mensile.

27. SECOND OPINION

L'Assicurato può richiedere ad UniSalute una verifica sul responso ottenuto dai sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad un'impostazione terapeutica rientrante nell'elenco di patologie definito all'art. "Second Opinion - Criteri di indennizzabilità".

CHE COSA NON È ASSICURATO

SPESE OSPEDALIERE E SPESE EXTRAOSPEDALIERE

28. ESCLUSIONI DALL' ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non opera per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula della Polizza, incluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
2. la cura delle Malattie mentali e disturbi psichici in genere, comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
3. le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
4. le conseguenze derivanti da epatite cronica e HIV;
5. il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
6. le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
7. le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
8. l'interruzione volontaria della gravidanza non terapeutica e le eventuali conseguenze;
9. gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;

10. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di Infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
11. le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
12. le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere Assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
13. le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di cura;
14. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
15. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di Terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
16. le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
17. i Ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio.

29. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'Assicurazione vale in tutto il mondo secondo le seguenti modalità:

- Nel caso di permanenza dell'Assicurato all'estero per motivi di lavoro, di studio o di turismo, la garanzia è operante per le spese sanitarie sostenute per l'Assistenza medica d'urgenza conseguente a Malattia o a Infortunio senza le penalizzazioni previste per le strutture non convenzionate. L'urgenza deve essere certificata dalla struttura sanitaria che fornisce le prestazioni.
- Le prestazioni senza carattere d'urgenza erogate all'estero verranno rimborsate senza l'applicazione delle penalizzazioni previste per le strutture non convenzionate solamente in seguito ad autorizzazione preventiva della Centrale Operativa, che sarà concessa nel caso in cui le Terapie mediche e/o chirurgiche di cui l'Assicurato necessita non possano essere ottenute in Italia per la particolare tecnica medica o, pur potendo essere ottenute in Italia, in tempi che ne compromettano l'efficacia terapeutica.
- Qualora l'Assicurato, senza la preventiva autorizzazione, si sottoponga a prestazioni sanitarie all'estero, il rimborso verrà effettuato con l'applicazione delle franchigie e/o degli scoperti previsti per le strutture sanitarie non convenzionate.

SEZIONE ASSISTENZA

COSA ASSICURA

SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800-009934** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

I seguenti servizi di consulenza e di Assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al **numero verde 800-212477**.

c) Pareri medici immediati

A seguito di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica dai medici UniSalute.

I **seguenti servizi di Assistenza** vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al **numero verde 800-212477** tutti i giorni della settimana per tutto l'arco delle 24 ore. Per quanto concerne in particolare le prestazioni di Assistenza, UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenute.

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia, l'Assicurato, in Italia, necessita di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, invia a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal Ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di Infortunio o di Malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa **nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 (trecento) km per evento.**

f) Trasferimento in centro medico specializzato

Se l'Assicurato in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, **previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento**, la Centrale Operativa organizza il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sottoelencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata può, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero

In collaborazione con Unipol Assistance S.c.r.l., UniSalute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia + 051 4161781.

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di Malattia o di Infortunio, l'Assicurato necessiti di un Ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno **nel limite di 100,00 (cento) euro per Sinistro.**

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di Malattia o di Infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa invia con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

i) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione

tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa organizza il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella;
- treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica. Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'Assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

CHE COSA NON È ASSICURATO

30. ESCLUSIONI

La Struttura Organizzativa non fornisce:

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

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

31. DENUNCIA DEL SINISTRO

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

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

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

In caso di Ricovero, o nel caso in cui non possa accedere ad internet o non possa scaricare la app "UniSalute Up", l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al **numero verde gratuito 800-009934** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

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

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

32. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE

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

L'Assicurato dovrà presentare alla Struttura convenzionata, al momento 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.

UniSalute invia alla Struttura convenzionata la Presa in carico relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La Presa in carico è valida nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

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

In caso di Ricovero dovrà inoltre sottoscrivere, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera 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 sanitario, 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.

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

La Struttura sanitaria convenzionata non può 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.

Nel caso in cui effettuata in una Struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, **tutte le spese sostenute dall'assicurato potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di Polizza.** L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

33. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE

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

È possibile comunque richiedere il rimborso delle spese sostenute, inviando alla Società documentazione cartacea, per questo l'Assicurato deve inviare a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del Sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di Ricovero (*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), 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 UniSalute, 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, 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 documentazione.

. 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 da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata, se necessario anche autorizzando i medici che l'hanno visitato e curato a superare il vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti.

Nel caso in cui l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, con le modalità previste nelle singole garanzie di Polizza al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

34. 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 convenzionate con UniSalute" o "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute".

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

35. AREA TERRITORIALE SCOPERTA

Nel caso in cui l'Assicurato sia residente ad una distanza superiore ai 20 km, o comunque in una provincia diversa rispetto alla Struttura sanitaria convenzionata con Unisalute più vicino alla residenza stessa, per usufruire della prestazione richiesta l'Assicurato potrà avvalersi, previa autorizzazione della Centrale Operativa di UniSalute, di una Struttura sanitaria non convenzionata. In questo caso è previsto il rimborso integrale delle spese sostenute nei limiti e nei Massimali previsti dalla prestazione.

Tale condizione non opera per le prestazioni relative al Ricovero.

36. PAGAMENTO DEL SINISTRO

UniSalute paga il Sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra UniSalute e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo "Controversie e Arbitrato Irrituale".

37. DENUNCIA DEL SINISTRO PER STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

37.1 RICONOSCIMENTO DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATA/PERMANENTE

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

Tutta la documentazione, comprensiva del Questionario compilato dal medico dell'Assicurato, dovrà essere inviata a UniSalute.

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

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

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

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

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

Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in Polizza, con le modalità di cui agli articoli "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" e "Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA" decorre dal momento in cui UniSalute considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza permanente dell'Assicurato.

37.2 MODALITA' DI RIMBORSO / RICHIESTA DI EROGAZIONE DI SERVIZI

Il riconoscimento dello Stato di non autosufficienza da parte di UniSalute secondo le condizioni dell'articolo "Definizione dello stato di non autosufficienza" dà diritto all'Assicurato che si trovi in Stato di non autosufficienza, oltre all'attivazione di un numero verde specifico attivo 24 ore su 24, anche a

richiedere il rimborso spese sostenute in caso di permanenza in RSA o l'erogazione delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali per un valore corrispondente alla somma garantita - entro i limiti previsti all'articolo "Massimale mensile assicurato" - nelle forme di seguito indicate e dettagliate nei successivi articoli "Erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socio assistenziali" e "Richiesta di rimborso spese a seguito di permanenza in RSA":

- erogazione diretta delle prestazioni sanitarie e/o socioassistenziali, per mezzo di strutture e/o personale convenzionato;
- rimborso della retta mensile in caso di permanenza in RSA.

37.3 EROGAZIONE DIRETTA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE E/O SOCIO-ASSISTENZIALI

In caso di erogazione delle prestazioni avvalendosi di strutture e/o di personale convenzionati con UniSalute, la stessa liquida direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate. Si precisa che qualora l'Assicurato opti per il pagamento diretto da parte di UniSalute, della badante, il contratto di assunzione della stessa dovrà comunque essere sottoscritto personalmente dall'Assicurato oppure, ove ciò non sia possibile, dal suo Amministratore di sostegno o Tutore legale o familiare preposto alla cura dell'Assicurato.

La Struttura e/o il personale convenzionati non potranno 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 la somma assicurata o non autorizzate da UniSalute.

37.4 RICHIESTA DI RIMBORSO SPESE A SEGUITO DI PERMANENZA IN RSA

In caso di richiesta di rimborso spese, il fascicolo - indirizzato a: UniSalute - Servizio Liquidazione - Via Larga,8 – 40138 Bologna - dovrà contenere la documentazione necessaria, ossia:

- ♣ il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato; il modulo di informativa all'Assicurato sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- ♣ il certificato del medico curante o del medico ospedaliero che descrive lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato e la relativa data d'insorgenza. Nel certificato dovrà, inoltre, essere precisata l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- ♣ il Questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato; Inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- ♣ Qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la Documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Il fascicolo dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle rette di degenza in RSA.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato su presentazione a UniSalute della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte di UniSalute, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

37.5 ACCERTAMENTO DEL PERDURANTE STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA

UniSalute si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del medico curante dell'Assicurato, a controlli presso l'Assicurato e in particolare di farlo esaminare da un medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

In caso di rifiuto da parte dell'Assicurato di sottoporsi ad un controllo o di inviare i documenti richiesti, il pagamento della somma assicurata potrà essere sospeso dalla data della richiesta di UniSalute.

38. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate con UniSalute

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

Prestazioni in Strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute

UniSalute conserva e allega ai sinistri la documentazione di spesa ricevuta in copia dall'Assicurato.

Nei casi in cui UniSalute richiede la produzione degli originali, svolte le opportune verifiche li restituisce all'Assicurato.

UniSalute, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, invia i seguenti riepiloghi in caso di richiesta da parte dell'Assicurato alla Centrale Operativa:

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

39. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DALLA POLIZZA

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

40. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire all'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.

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

41. OBBLIGO DI RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

In caso di prestazione sanitaria effettuata in Istituto di cura convenzionato o no, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2033 del Codice Civile, dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate all'Istituto di cura o rimborsate all'Assicurato stesso.

42. SECOND OPINION – CRITERI DI INDENNIZZABILITA'

UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1) Consulenza Interna. UniSalute, attraverso Teladoc Health International, fornisce un servizio che si sostanzia nel rilascio di un referto scritto da parte dei medici associati a Teladoc Health International specialisti nella specifica patologia, reso sulla base dell'analisi dei referti medici prodotti dall'Assicurato e dell'esame dei principali risultati diagnostici presentati. La relazione scritta includerà una sintesi delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.

2) Trova il miglior medico. UniSalute, attraverso Teladoc Health International, fornisce un servizio che metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti esperti nel trattamento di quella particolare Malattia.

Teladoc Health International ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della Malattia, tenendo conto, per quanto possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.

3) Trova la migliore Cura. UniSalute, attraverso Teladoc Health International, prende tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o

ambulanza, e fornisce un servizio di Assistenza telefonica all'Assicurato 24 ore su 24. Inoltre, Teladoc Health International supervisiona il corretto addebito delle prestazioni, garantendo che la fatturazione sia esatta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Teladoc Health International consente sconti significativi sulle tariffe mediche.

Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente per le seguenti patologie:

- AIDS
- Morbo di Alzheimer
- Cancro
- Coma
- Malattie cardiovascolari
- Insufficienza renale
- Trapianto di organo
- Patologia neuro motoria
- Sclerosi multipla
- Morbo di Parkinson
- Infarto
- Ictus
- Ustioni Gravi

Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

L'Assicurato può sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, contattando direttamente la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800-009934. In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà inviare a UniSalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione di un terapeuta italiano o estero esperto in quella specifica patologia.

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

Ai sensi del 2. comma dell'art. 44 del Regolamento IVASS n. 41 del 2 agosto 2018 nel sito internet di UniSalute (www.unisalute.it) è disponibile un'apposita area riservata a cui il Contraente può accedere per consultare on line la propria posizione contrattuale e per compiere alcune operazioni quali, ad esempio, pagare il Premio Assicurativo successivo al primo e richiedere la liquidazione dei Sinistri o la modifica dei propri dati personali. Le credenziali personali per accedere all'area riservata sono rilasciate al Contraente mediante processo di "auto registrazione" disponibile nell'area stessa.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

- *Interventi sul cuore per via toracotomica*
- *Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica*
- *Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica*
- *Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale*
- *Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario*
- *Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi*
- *Asportazione di tumore glomico carotideo*

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- *Interventi per costola cervicale*
- *Interventi di stabilizzazione vertebrale*
- *Interventi di resezione di corpi vertebrali*
- *Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni*
- *Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei*
- *Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio*

CHIRURGIA PEDIATRICA

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

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti.

INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(di seguito, "Informativa Privacy")
UNS_Info_Cont_01 – 04/06/2024

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il "Regolamento"), La informiamo che UniSalute S.p.A. (di seguito, "UniSalute" o la "Compagnia"), per fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali riferibili a Lei e/o agli ulteriori eventuali interessati, per le finalità di seguito indicate.

Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente (di seguito, il "Contraente"), agli eventuali altri soggetti (di seguito, i "Terzi Interessati") a cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (a titolo esemplificativo, il beneficiario della polizza assicurativa ovvero ogni altro interessato a qualunque titolo coinvolto).

Chi tratterà i dati personali?

Il titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (<https://www.unisalute.it>), con sede in Via Larga 8, 40138, Bologna.

Quali dati personali tratteremo?

Saranno raccolte e trattate le seguenti categorie di dati personali (i "Dati" o i "Suoi Dati") riferibili a Lei e/o ai Terzi Interessati:

- a) dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale);
- b) dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail);
- c) coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN);
- d) categorie particolari di dati¹ (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in eventuali questionari anamnestici, in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'area riservata).

Si tratta dei Dati, che Lei stesso o altri soggetti² ci fornite, indispensabili per erogare, in favore del Contraente e/o dei Terzi Interessati, i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti.

Perché tratteremo i Dati?

I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

- **(F1) – Predisposizione del contratto assicurativo:** i Dati saranno trattati per la predisposizione del contratto assicurativo (il "Contratto");
- **(F2) – Esecuzione del Contratto:** i Dati saranno trattati dalla Compagnia per l'erogazione dei servizi assicurativi. Precisiamo che, nell'ambito del predetto Contratto, i Dati potranno essere anche trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei Dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) e per

¹ Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

² Ad esempio, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative; eventuali soggetti che abbiano stipulato nell'interesse di un terzo la polizza assicurativa; contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario; eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le 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 consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

lo svolgimento di attività di analisi, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie;

- **(F3) – Area riservata:** se deciderà di registrarsi all'area riservata (l'“Area Riservata”) del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (l'“App”), qualora prevista dal Suo piano sanitario, tratteremo i Dati per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dal Contratto;
- **(F4) – Invio di comunicazioni di servizio:** i Dati relativi ai Suoi recapiti saranno utilizzati per inviarLe avvisi e comunicazioni di servizio³, eventualmente anche per il tramite dell'App;
- **(F5) – Condivisione dei Suoi dati con gli appartenenti al nucleo familiare assicurato:** al momento della registrazione all'Area Riservata, ove presente, Le sarà possibile scegliere se condividere i Suoi dati personali, anche rientranti in categorie particolari, con gli eventuali Terzi Interessati, purché appartenenti al Suo nucleo familiare assicurato, oppure se gestire in autonomia la Sua posizione. Le forniremo ulteriori informazioni sulla condivisione dei Suoi Dati con un' apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata⁴;
- **(F6) – Perseguimento di esigenze amministrativo contabili e adempimento degli obblighi normativi:** i Dati saranno trattati al fine di perseguire esigenze amministrativo – contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili in base alle prestazioni richieste, e stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza⁵;
- **(F7) – Tutela dei propri diritti:** il trattamento potrà avvenire, inoltre, al fine di agire a tutela dei diritti della Compagnia, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale.

| # | Categorie di Dati | Base giuridica | Conferimento dei Dati |
|----|--|---|--|
| F1 | a); b); c). d): nei soli casi in cui, per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, sia richiesta la compilazione di un questionario anamnestico. | Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente. I Dati riferibili ai Terzi Interessati saranno trattati sulla base del legittimo interesse a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Precisiamo che potremo trattare Dati rientranti in categorie particolari (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, e solamente dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato (articolo 9, | Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. |

³ Le comunicazioni di servizio, che Le verranno fornite a mezzo e-mail, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche *push*, riguarderanno le informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

⁴ L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione “privacy” del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

⁵ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni 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 un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

| | | | |
|----|-----------------|---|--|
| | | comma 2, lettera a), del Regolamento). | |
| F2 | a); b); c); d); | <p>Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.</p> <p>Per quanto riguarda il trattamento dei Dati per finalità antifrode e per l'analisi tariffaria, la base giuridica è il legittimo interesse di UniSalute correlato (i) alla necessità di prevenire e contrastare frodi in suo danno e (ii) alla necessità di svolgere attività di analisi dei Dati per valutazioni di carattere statistico e tariffario.</p> <p>I Dati riferibili ai Terzi Interessati, beneficiari di polizza, acquisiti nella fase precontrattuale, saranno trattati sulla base del legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi.</p> <p>Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.</p> | <p>Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.</p> <p>Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato⁶.</p> |
| F3 | a); b); c); d) | <p>Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.</p> <p>Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.</p> | <p>Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi <i>online</i> tramite l'Area Riservata. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tale finalità.</p> <p>Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.</p> |

⁶ 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, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziaria).

| | | | |
|----|-----------------|--|---|
| F4 | a); b); d) | <p>La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere ad obblighi normativi e, in ogni caso, nella necessità di dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente.</p> <p>Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.</p> | <p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.</p> <p>Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.</p> |
| F5 | a); b); c); d); | <p>La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati.</p> <p>Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata.</p> <p>Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.</p> | <p>Precisiamo, sin da subito, che il mancato rilascio del consenso non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e/o all'esecuzione del Contratto, ma precluderà solamente la condivisione dei Dati.</p> <p>Resta ferma, inoltre, la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.</p> |
| F6 | a); b); c); | <p>La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.</p> | <p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.</p> |
| F7 | a); b); c); d) | <p>La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti.</p> <p>Tratteremo i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per difendere un diritto di UniSalute in giudizio, sulla base dell'articolo 9, comma 2, lettera f).</p> | <p>Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.</p> |

Come tratteremo i Suoi Dati?

I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi. I Dati saranno resi accessibili al solo personale autorizzato, nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

A chi comunicheremo i Dati?

I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a:

- I. soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati⁷;
- II. ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i Dati potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre società facenti parte, come la titolare UniSalute, del Gruppo Unipol;
- III. soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.): la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche.

I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti o nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano⁸ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, ove indispensabile per il perseguimento di legittimi interessi correlati a tali esigenze, o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale.

I Suoi Dati non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

Per quanto tempo tratteremo i Dati?

I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili.

In dettaglio:

| Finalità | Termine di conservazione |
|------------|---|
| F1 | I Suoi Dati saranno trattati per l'intera durata della fase precontrattuale. In caso di mancata sottoscrizione, i Dati non saranno conservati. |
| F2, F3, F4 | I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. |
| F5 | I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Alla cessazione del Contratto, la condivisione si interromperà. |
| F6 | I Suoi Dati saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili (amministrativi, fiscali, assicurativi, ecc.), di regola dieci (10) anni. |
| F7 | Per i termini prescrizione previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso. |

I Suoi diritti

La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei Dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare.

Ove il trattamento dei Dati sia basato sul Suo consenso, Lei ha il diritto di revocarlo in ogni momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca.

Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi Dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica: privacy@unisalute.it.

Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.

⁷ Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

⁸ In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP).