



SALUTE



Alleghiamo i seguenti documenti:

- **Set informativo**
- **Informativa Privacy**

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - C.F. 00818570012 - P.IVA 03740811207 - Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura assicurativa contro le Malattie con prestazioni di Assistenza. Fa parte della più ampia offerta denominata "UnipolSai UNICA" con la quale è possibile assicurare per sé e/o per conto dei componenti del Nucleo di contratto i rischi relativi alle aree Veicoli e Mobilità, Casa e Famiglia e Persona



Che cosa è assicurato?

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (di seguito UnipolSai) presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in Polizza (c.d. Massimale/Somma assicurata).

✓ **PREVENZIONE E ALTA SPECIALIZZAZIONE:** rimborso spese, in caso di Malattia e di Infortunio, per prevenzione ematochimica, visite specialistiche e accertamenti diagnostici post-prevenzione ematochimica, Alta Specializzazione e visite specialistiche.

✓ **INVALIDITA' DA MALATTIA:** indennizzo delle conseguenze di Malattie, manifestatesi dopo novanta giorni alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che provochino all'Assicurato un'invalidità permanente di grado superiore alla soglia prevista.

✓ **DIARIA DA RICOVERO:** indennità a seguito di ricovero o di day-hospital reso necessario da Malattia, Infortunio, parto o aborto terapeutico, con il limite di 60 giorni per anno assicurativo, e rimborso spese pre e post ricovero.

✓ **ASSISTENZA SALUTE (sempre operante):** prestazioni di immediato aiuto (quali l'invio di medicinali a domicilio, rientro sanitario con autoambulanza, trasferimento in centro medico specializzato, pareri medici immediati) nel caso in cui l'Assicurato venga a trovarsi in una situazione di difficoltà per il verificarci di determinati eventi.

GARANZIE OPZIONALI

Garanzie Supplementari [a pagamento]:

DIARIA DA RICOVERO: Diaria da Convalescenza

CONDIZIONI SPECIFICHE

INVALIDITA' DA MALATTIA: Invalidità Permanente da Malattia superiore al 60%

DIARIA DA RICOVERO: Franchigia giorni di Ricovero

Per i dettagli vedasi il DIP aggiuntivo Danni.



Che cosa non è assicurato?

✗ **INVALIDITA' DA MALATTIA:** non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V.

✗ **DIARIA DA RICOVERO:** non sono assicurabili, coloro i quali abbiano sofferto delle seguenti patologie: Tumori Maligni insorti nei cinque anni precedenti alla data di stipula della polizza; Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson); Epatopatie croniche e cirrosi epatica; Pancreatite acuta e cronica; Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di stipula della polizza; Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas; Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 10 anni precedenti la data di stipula della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite); sieropositività all'HIV; persone che siano riconosciute invalidi civili per una percentuale superiore al 60%; Alcolismo; Tossicodipendenza; Sindromi organiche cerebrali.

✗ **ASSISTENZA SALUTE:** non sono comprese le prestazioni richieste nelle situazioni che non rivestano carattere di urgenza e/o difficoltà.



Ci sono limiti di copertura?

! Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicate Franchigie (indicate in giorni) e Massimali specifici per garanzia, che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

! Sono anche presenti nelle stesse coperture alcune esclusioni:

- **PREVENZIONE E ALTA SPECIALIZZAZIONE:** cure per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni; le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale.

- **INVALIDITA' DA MALATTIA:** le malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze; la positività H.I.V. ed AIDS e sindrome ad esse correlate; le conseguenze di trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche.

- **DIARIA DA RICOVERO:** 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, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, sports 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 sports aerei in genere; le prestazioni aventi finalità estetiche.

- **ASSISTENZA SALUTE:** atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, atti di terremoto, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni; eruzioni vulcaniche, terremoti, alluvioni e/o inondazioni; dolo dell'Assicurato.



Dove vale la copertura?

- ✓ **PREVENZIONE E ALTA SPECIALIZZAZIONE:** l'Assicurazione vale in Italia.
- ✓ **INVALIDITA' DA MALATTIA, DIARIA DA RICOVERO:** l'assicurazione vale in tutto il mondo.
- ✓ **ASSISTENZA SALUTE:** le prestazioni di consulenza e assistenza sono erogate in Italia



Che obblighi ho?

- Quando stipuli il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul Rischio da assicurare. Nel corso del contratto devi comunicare la variazione della residenza dell'Assicurato e i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o la mancata comunicazione dell'aggravamento del Rischio, possono comportare la cessazione dell'Assicurazione e il rifiuto o la riduzione dell'indennizzo in caso di Sinistro.
- Inoltre, devi dichiarare per iscritto l'esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni relative allo stesso Rischio/stesse garanzie.
- Inoltre, puoi stipulare l'Assicurazione per conto altrui purché gli Assicurati rientrino nella definizione di Nucleo di contratto. A tal fine devi fornire – se richiesto da UnipolSai - prova della delega degli Assicurati a stipulare per loro conto la Posizione assicurativa. Devi inoltre consegnare a ciascun Assicurato il Set Informativo e l'Estratto di Polizza.
- In caso di Sinistro devi denunciare l'accaduto.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è comprensivo di imposte e deve essere pagato alla stipula della Polizza all'Agenzia/Punto vendita alla quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società. Il pagamento del Premio avviene con le modalità consentite dalla legge. Il sistema di acquisto via APP/web che avviene con carta di credito o con eventuale altra modalità di pagamento elettronico viene effettuato in condizioni di sicurezza, con attenzione, in particolare, alle esigenze di integrità, autenticità e tracciabilità delle operazioni.

Premesso che il Premio è indivisibile, UnipolSai può concedere il pagamento frazionato in rate annuali o semestrali senza oneri. In tal caso le rate successive alla prima devono essere pagate entro le scadenze stabilite. Per ogni Posizione assicurativa di Polizza puoi scegliere un diverso frazionamento del Premio. Solo dopo accordo di UnipolSai il Premio può essere frazionato senza oneri in rate mensili con addebito diretto su conto corrente (procedura SEPA Direct Debit - S.D.D.), su Carta di Credito o su Carta di Debito, ad esclusione delle Carte Prepagate. Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni), per ciascuna Annualità assicurativa, il Premio viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata nella stessa Posizione assicurativa di Polizza.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha la durata indicata nella singola Posizione assicurativa di Polizza. In relazione alla singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può avere una durata di un Anno, inferiore ad un Anno o maggiore di un Anno. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Posizione assicurativa di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se non paghi il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto di UnipolSai al pagamento dei Premi scaduti. L'Assicurazione termina alla scadenza indicata nella Posizione assicurativa. In relazione alla Singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può essere stipulata con o senza tacito rinnovo. Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, alla scadenza essa si proroga per un altro Anno e così di Anno in Anno. Inoltre, se è stato scelto il tacito rinnovo e UnipolSai comunica eventuali modifiche tariffarie intervenute, il mancato pagamento del premio comporta che il contratto cessa per disdetta alla data di scadenza.



Come posso disdire la polizza?

Se l'Assicurazione, in relazione alla singola Posizione Assicurativa, è stata stipulata con tacito rinnovo è necessario comunicare la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.

Se la durata della singola Posizione Assicurativa è poliennale:

- per durate fino a 5 anni non puoi recedere prima della scadenza;
- per durate superiori a 5 anni puoi recedere solo dopo i primi 5 anni di durata contrattuale comunicando la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza annuale dell'Assicurazione.

Assicurazione Salute



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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UnipolSai UNICA - Salute

Data: 01/11/2023 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della stipulazione del contratto.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., di seguito UnipolSai, sede legale in Italia, Via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna recapito telefonico: 051.5077111, sito internet: www.unipolsai.it, indirizzo email: info-danni@unipolsai.it, indirizzo PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it. Società iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006, autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993, soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2022, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 6.166,99 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.990,80 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unipolsai.com, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II), il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2022, è pari ad € 3.049,75 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.372,39 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 8.771,89 milioni e ad € 8.575,87 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,88 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016..

Al contratto si applica la Legge Italiana, se il Rischio è ubicato in Italia. E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni, si precisa che tutte le coperture sono offerte nei limiti dei Massimali e/o delle Somme assicurate concordate con il Contraente.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Invalità Permanente da Malattia superiore al 60%	Indennizzo solo per Invalità Permanente accertata superiore al 60%.
Franchigia giorni di Ricovero	Franchigia assoluta di 5 giorni su garanzia Indennità giornaliera per ricovero.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Diaria da Convalescenza	La Società liquida la stessa Somma Assicurata prevista per Indennità giornaliera per Ricovero a seguito di Ricovero indennizzabile che renda necessaria una Convalescenza per un periodo prescritto dal medico all'atto delle dimissioni.
--------------------------------	---



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
-----------------------	---



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti e Franchigie e Massimali contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

Nella sezione PREVENZIONE E ALTA SPECIALIZZAZIONE, le prestazioni dalla garanzia Prevenzione e accertamenti vengono garantite come segue:

- Alta Specializzazione € 2.000 per Annualità Assicurativa
- Check Up ematochimico € 150,00 una sola volta e in un'unica soluzione per Annualità Assicurativa
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici post-prevenzione ematochimica € 250 per Annualità Assicurativa
- Visite Specialistiche a scelta € 100 per Annualità Assicurativa

Nella sezione INVALIDITA' DA MALATTIA, la garanzia Invalità Permanente da Malattia prevede una Franchigia del 25%.

Nella sezione DIARIA DA RICOVERO, la garanzia Diaria da Ricovero prevede le Spese pre e post ricovero con un Massimale di € 1.000,00. Per l'Indennità Giornaliera (diaria) per Ricovero è invece previsto un massimo di 60 giorni per Annualità Assicurativa; in caso di Day Hospital 50% dell'Indennità per massimo 30 giorni e Annualità Assicurativa; in caso di Parto naturale 100% dell'Indennità per massimo 5 giorni. Per la garanzia supplementare Diaria da Convalescenza, l'Indennità giornaliera per Convalescenza è prestata con un massimo 30 giorni per sinistro e 60 giorni per Annualità Assicurativa mentre per l'Indennità forfettaria per convalescenza, in caso di Grave Malattia, viene erogata una somma di € 1.000,00.

Sono inoltre previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni

PREVENZIONE E ALTA SPECIALIZZAZIONE

L'Assicurazione non opera per:

- le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula del contratto salvo quanto previsto dalla lettera A) Prevenzione ematochimica e D) Visite Specialistiche;
- le cure per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
- la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool, psicofarmaci, e all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- 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;
- le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- le prestazioni aventi finalità estetiche;
- le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale;
- tutte le prestazioni odontoiatriche;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti o aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche per fatti conseguenti a tumulti popolari sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme;
- le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

INVALIDITA' DA MALATTIA

L'Assicurazione non opera per:

- Malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi prima della stipula del contratto;
- malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool, psicofarmaci, e uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- positività H.I.V. ed AIDS e sindrome ad esse correlate;

- le conseguenze di trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o di isotopi radioattivi;
- per fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme, malattie professionali soggette all'assicurazione di legge ed elencate nel D.P.R. 30.6.1965 n.1124 e successive modifiche.

DIARIA DA RICOVERO

L'Assicurazione non opera per:

- le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate dall'Assicurato e quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- le conseguenze di Infortuni derivanti da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti o allucinogeni e le Malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
- le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sports, anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, sports 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 sports aerei in genere;
- le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sports costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- l'aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze;
- le terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale;
- le prestazioni aventi finalità estetiche;
- le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica e quelle non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. 31 ottobre 1991 pubblicato sulla G.U. 262 del 8/11/1991) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere;
- ricoveri per Malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e istituti diversi da case di cura) qualificate come cliniche o Istituti di Cura;
- tutte le prestazioni odontoiatriche nonché gli interventi chirurgici e gli Accertamenti Diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico, salvo non siano rese necessarie da infortunio documentato;
- le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
- per fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme.
- H.I.V. e gli *stati patologici correlati ad essa*.

ASSISTENZA SALUTE

L'Assicurazione non opera per:

- atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- eruzioni vulcaniche, terremoti, uragani, alluvioni e/o inondazioni;
- conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- dolo dell'Assicurato.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

<p>Cosa fare in caso di Sinistro?</p>	<p>Denuncia di sinistro: Entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto, è possibile richiedere rimborso alla Società.</p> <p>Per la Sezione PREVENZIONE E ALTA SPECIALIZZAZIONE: L'Assicurato deve preventivamente chiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento delle prestazioni sul sito www.unisalute.it o avvalendosi dell'app "UniSalute Up". Qualora l'Assicurato utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato, senza avere preventivamente contattato la Società, le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione. L'Assicurato deve presentare al Centro Sanitario Convenzionato, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento d'identità e la prescrizione del medico curante, se richiesta, contenente la natura della Malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata.</p> <p>Per la Sezione INVALIDITA' DA MALATTIA: La denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o dagli aventi diritto, se l'Assicurato è impossibilitato a causa della Malattia, deve contenere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della Malattia; • l'originale o la copia conforme delle cartelle cliniche; • ogni altro documento utile alla valutazione dei postumi invalidanti. <p>L'Assicurato deve inoltre sottoporsi in Italia, ad accertamenti, visite e controlli medici richiesti dalla Società e fornire la Documentazione sanitaria in originale o in fotocopia, sciogliendo dal segreto professionale i medici e gli istituti di Cura.</p> <p>Per la Sezione DIARIA DA RICOVERO: Per richiedere la Diaria da ricovero e l'Indennizzo delle spese pre e post ricovero, 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. Per richiedere la Diaria da Ricovero, la Diaria da convalescenza e l'Indennizzo delle spese pre e post Ricovero, in alternativa al sito internet, l'Assicurato può inviare a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO, la seguente documentazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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; • fotocopia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulta l'effettivo pagamento. Inoltre, l'Assicurato, se richiesto dalla Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso. <p>L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata.</p> <p>Per la Sezione ASSISTENZA SALUTE: L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa o la Centrale Operativa di UniSalute e specificare la prestazione richiesta.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: La gestione dei sinistri è affidata a UniSalute.</p> <p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (articolo 2952 del Codice civile).</p>
<p>Dichiarazioni inesatte o reticenti</p>	<p>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</p>
<p>Obblighi dell'impresa</p>	<p>Sezione PREVENZIONE E ALTA SPECIALIZZAZIONE: la Società liquida l'indennizzo spettante all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta di rimborso. Sezione INVALIDITA' DA MALATTIA: la Società liquida l'indennizzo entro 30 giorni dal definitivo accertamento dell'Invalidità Permanente, spettante all'Assicurato. Sezione DIARIA DA RICOVERO: la Società liquida l'indennizzo spettante all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta di rimborso.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	Il Premio viene determinato e adeguato annualmente in base all'età dell'Assicurato. Non vengono utilizzate tecniche di vendita multilevel marketing.
Rimborso	UnipolSai rimborsa il Premio pagato e non goduto, al netto delle imposte, nel caso di Recesso in caso di vendita a distanza, entro 30 giorni da quello in cui UnipolSai e l'intermediario hanno ricevuto la comunicazione di Recesso.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del:</p> <ul style="list-style-type: none"> per le garanzie contenute nella sezione Prevenzione e alta specializzazione <ul style="list-style-type: none"> • del giorno di effetto della Posizione assicurativa per gli Infortuni; • del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Posizione assicurativa per le Malattie. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia opera a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Posizione assicurativa; per le garanzie contenute nella sezione Invalidità da Malattia <ul style="list-style-type: none"> • del novantesimo giorno successivo a quello di effetto della Posizione assicurativa, per le Malattie manifestatesi dopo la stipula del contratto. per le garanzie contenute nella sezione Diaria da Ricovero <ul style="list-style-type: none"> • del giorno di effetto della Posizione assicurativa per gli Infortuni; • del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Posizione assicurativa per le Malattie. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia opera a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Posizione assicurativa; • del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della Posizione assicurativa per il parto e l'aborto terapeutico. <p>La copertura assicurativa cessa:</p> <ul style="list-style-type: none"> per le garanzie contenute nella sezione Invalidità da Malattia <ul style="list-style-type: none"> • alla scadenza dell'annualità in cui l'Assicurato compie 65 anni; • per le garanzie contenute nelle sezioni Diaria da Ricovero e/o Prevenzione e Alta specializzazione alla scadenza dell'annualità in cui l'Assicurato compie 75 anni. <p>La copertura assicurativa cessa, inoltre, alla scadenza dell'annualità in corso, nel caso in cui l'Assicurato perde il requisito dell'appartenenza al Nucleo di contratto.</p>
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la Polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	In caso di stipula della Polizza a distanza hai il diritto di recedere dal contratto entro 14 giorni dalla data di stipula. Il Recesso è efficace per la Posizione o le Posizioni assicurative riportate nella Polizza, salvo i casi espressamente esclusi dall'Art. 67-duodecies del D. Lgs. 6 settembre 2005 n. 206 (il "Codice del consumo"). Tale diritto viene riconosciuto anche per l'inserimento di una o più nuove Posizioni assicurative e/o nuove garanzie in caso di successiva stipula a distanza, limitatamente alle variazioni apportate.
Risoluzione	Non prevista



A chi è rivolto questo prodotto?

Il presente prodotto è rivolto a persone fisiche che intendono assicurare sé stesse e/o familiari conviventi, ascendenti/discendenti di primo grado con l'esigenza principale di protezione contro i rischi Malattia/Infortuni e l'ottenimento di prestazioni di assistenza.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 24,50% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento della Società, dell'Agente o dell'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a: UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Customer Advocacy Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 - San Donato Milanese - (MI) Fax: 02.51815353; e-mail: reclami@unipolsai.it. Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it. 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 e 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 della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il reclamo, la funzione Customer Advocacy di UnipolSai 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 all'Intermediario assicurativo a titolo accessorio (e relativi dipendenti e collaboratori).</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>Nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it. I reclami indirizzati all'IVASS, anche utilizzando l'apposito modello reperibile sul sito internet dell'IVASS, contengono:</p> <ol style="list-style-type: none"> nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>
<p>Negoziazione Assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).</p>

**Altri Sistemi
alternativi di
risoluzione
delle
controversie**

- Arbitrato irrituale: le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro o sull'entità dell'invalidità possono essere affidate tramite comunicazione scritta a un collegio di tre medici. Tali medici sono nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici con giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Se la richiesta di convocazione del Collegio Medico è fatta dall'Assicurato, la Società si obbliga ad aderire.
Il collegio medico risiede nel Comune italiano, sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono a carico della parte soccombente.
Resta fermo il diritto di adire l'Autorità giudiziaria.
- Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

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

UNIPOLSAI UNICA- Salute

Assicurazione Malattia

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

Modello SI / 01268 / 001 / 00000 / U – Ed. 01/11/2023




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

GLOSSARIO	1 di 48
1 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5 di 48
Premessa	5 di 48
Quando comincia la copertura e quando finisce	5 di 48
Quando e come devo pagare	9 di 48
Che obblighi ho	13 di 48
Altre norme	13 di 48
2 SEZIONE PREVENZIONE E ALTA SPECIALIZZAZIONE	15 di 48
Cosa assicura	15 di 48
Cosa NON assicura	18 di 48
Come assicura	18 di 48
3 SEZIONE INVALIDITÀ DA MALATTIA	20 di 48
Cosa assicura	20 di 48
Cosa NON assicura	21 di 48
Come personalizzare	22 di 48
Come assicura	23 di 48
4 SEZIONE DIARIA DA RICOVERO	24 di 48
Cosa assicura	24 di 48
Cosa NON assicura	25 di 48
Come personalizzare	26 di 48
Come assicura	28 di 48
5 SEZIONE ASSISTENZA SALUTE	29 di 48
Cosa assicura	29 di 48
Cosa NON assicura	30 di 48
Come assicura	31 di 48
6 NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	32 di 48
ALLEGATO A - PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	37 di 48
NORME DI LEGGE RICHIAMATE NEL CONTRATTO	44 di 48
NUMERI E RIFERIMENTI UTILI	48 di 48

FAQ

I box di consultazione sono degli spazi con dei simboli, facilmente individuabili nelle condizioni di assicurazione.

Contengono:

-  **DUBBI:** risposte in caso di chiarimenti o indicazioni da seguire;
-  **ATTENZIONE:** punti su cui porre particolare attenzione;
-  **RECAPITI:** riferimenti utili a cui rivolgersi.

Tali spazi non hanno valore contrattuale ma, in alcuni casi, ne riportano solo degli esempi. Perciò, è sempre necessario porre attenzione alle condizioni a cui si riferiscono.

I seguenti termini integrano a tutti gli effetti il contratto e le parti attribuiscono loro il significato di seguito precisato:

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una Malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Ambito di protezione: l'insieme delle garanzie assicurative a copertura di specifiche aree di Rischio.

Anno: periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di Anno bisestile.

Assicurato: la persona il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: contratto di assicurazione, come definito dall'Art. 1882 del Codice Civile, e/o la garanzia prestata con il contratto.

Assistenza: l'assicurazione rientrante nel ramo 18 previsto dall'Art. 2, comma 3, del D.lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che offre all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto entro i limiti definiti dall'Assicurazione, nel caso in cui egli si trovi in una situazione di difficoltà in seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assistenza Infermieristica: l'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specializzazione.

Carenza: è il periodo di tempo, riferibile alla sola prima Annualità assicurativa ed immediatamente successivo alla data di decorrenza dell'Assicurazione, durante il quale le coperture assicurative non operano.

Centrale Operativa: è la struttura di UniSalute con operatori, medici, paramedici e tecnici che su richiesta dell'Assicurato organizza e prenota la prestazione presso le Strutture Sanitarie Convenzionate.

La struttura è attiva dal lunedì al venerdì (esclusi festivi), dalle 8.30 alle 19.30.

Centro Sanitario Convenzionato: istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico e/o diagnostico, con cui UniSalute ha definito un accordo di convenzione dedicato, ove l'Assicurato previa richiesta ed autorizzazione ricevuta da UniSalute può accedere per fruire delle prestazioni sanitarie garantite dalla polizza ed il cui costo viene liquidato, in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente dalla Società.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione, assumendosene i relativi obblighi.

Convalescenza: il periodo successivo ad un Ricovero necessario per il recupero dello stato di salute, compromesso da una Malattia o Infortunio, indennizzabile a termini di Polizza.

Cure a carattere sperimentale: terapie/procedure ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tollerabilità.

Day-Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda di dimissione ospedaliera, nella quale è indicato il periodo di permanenza dell'Assicurato nella Struttura.

Difetto fisico / Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria: cartella clinica e/o tutti i certificati medici (diagnosi, pareri e prescrizioni sanitarie, radiografie, esami strumentali e diagnostici) e relativa documentazione di spesa (comprese parcelle e ricevute dei medicinali).

Franchigia: parte di danno che è esclusa dall'Indennizzo, indicata in percentuali di invalidità Permanente o in giorni per le indennità o in importo fisso per il rimborso spese.

Ictus: inteso come emorragia o infarto cerebrale dall'esordio improvviso.

Indennizzo/Rimborso: importo dovuto dalla Società in caso di Sinistro.

Infarto miocardico acuto: inteso come sindrome coronarica acuta che causa la morte o la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.

Invalidità Permanente da Malattia: perdita totale o parziale, definitiva ed irrimediabile, della capacità fisica dell'Assicurato di svolgere qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.

Istituto di Cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzati dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, alla fornitura dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Sono esclusi gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno e le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.

Malattia: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia Malformazione o Difetto Fisico e non sia dipendente da Infortunio.

Malattie coesistenti: le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo - funzionali diversi.

Malattie concorrenti: le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.

Massimale: importo indicato nella Posizione assicurativa di Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Risarcimento in caso di Sinistro.

Medicina non convenzionale: insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute della Medicina Ufficiale o Accademica.

Nucleo di contratto: l'insieme dei soggetti identificati dal Contraente per conto dei quali quest'ultimo può stipulare l'Assicurazione, purché rientranti fra le seguenti categorie:

- parenti od affini stabilmente conviventi con il Contraente, (intendendosi per affini i parenti del coniuge/compagno/a.
- genitori e figli non conviventi del Contraente o del coniuge/compagno/a,
- coniuge o compagno/a convivente.

Solo per alcuni Ambiti di protezione sono inclusi:

- le persone giuridiche formate in via esclusiva da tali soggetti e
- collaboratori/trici familiari.

In particolare, il Contraente non può acquistare l'Ambito di protezione "Salute" per le persone giuridiche.

Periodo Assicurativo – Annualità Assicurativa: in caso di Posizione assicurativa di durata pari o inferiore a un Anno, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alla scadenza della Polizza stessa.

In caso di Polizza di durata superiore a un Anno, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

Polizza: il documento, relativo ad uno o più Ambiti di protezione, contenente una o più Posizioni assicurative, che prova l'Assicurazione, come previsto dall'Art. 1888 del Codice Civile.

Posizione assicurativa (Posizione assicurativa di Polizza): parte numerata della Polizza che riporta per il singolo Assicurato le informazioni relative alla specifica copertura assicurativa e che attesta il periodo della copertura e le garanzie scelte.

Premio: importo dovuto dal Contraente alla Società quale corrispettivo per l'Assicurazione.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con pernottamento documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Rischio: la probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scoperto: importo che resta a carico dell'Assicurato indicato in misura percentuale sull'ammontare del danno indennizzato che spetterebbe in assenza dello Scoperto stesso.

Sinistro: verificarsi di un evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Società: l'Impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Somma assicurata: la somma indicata nella Posizione assicurativa per il calcolo dell'Indennizzo/Rimborso per ogni garanzia.

Struttura Organizzativa: la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che fornisce le prestazioni previste dalla garanzia assistenza con costi a carico della Società. La struttura è attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'anno.

Tumore Maligno: ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive. Sono esclusi il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito) e i basaliomi.

Unisalute S.p.A. l'impresa di assicurazione UniSalute S.p.A, con sede in Via Larga 8 – 40138 Bologna, a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei Sinistri.

Vendita a distanza: sistema di vendita che impiega esclusivamente la tecnica di comunicazione a distanza del sito web, dell'APP e del call center.

Per "tecnica di comunicazione a distanza" deve intendersi qualunque tecnica di contatto con il Contraente che, senza la presenza fisica e simultanea delle parti, viene impiegata per il collocamento a distanza dell'Assicurazione.

Premessa

UnipolSai UNICA

Il Contraente può stipulare il contratto "UnipolSai UNICA" per sé e/o per conto dei singoli Assicurati che compongono il suo Nucleo di contratto, sulla base delle loro esigenze e dietro rilascio di apposita delega.

UnipolSai Unica si articola nelle Aree assicurative:

- Veicoli e Mobilità
- Casa e Famiglia
- Persona.

In ciascuna Area sono individuabili vari Ambiti di protezione acquistabili dal Contraente.

La Polizza riporta gli Ambiti di protezione acquistati e all'interno di ciascuno di essi le Posizioni assicurative corrispondenti ai singoli Assicurati.

In relazione all'Ambito di protezione "**Salute**" valgono le Condizioni di Assicurazione che seguono.

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella singola Posizione assicurativa di Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Se il Contraente non paga i Premi successivi al primo o le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. L'Assicurazione riprende effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, come previsto dall'Art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Termini di aspettativa contrattuale (Carenza)

Fatto salvo quanto previsto all'Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24:

per le garanzie contenute nella sezione Prevenzione e alta specializzazione

- del giorno di effetto della Posizione assicurativa per gli Infortuni;
- del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Posizione assicurativa per le Malattie. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia opera a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Posizione assicurativa.

per le garanzie contenute nella sezione Invalidità da Malattia

- del novantesimo giorno successivo a quello di effetto della Posizione assicurativa, per le Malattie manifestatesi dopo la stipula del contratto.

per le garanzie contenute nella sezione Diaria da Ricovero

- del giorno di effetto della Posizione assicurativa per gli Infortuni;
- del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Posizione assicurativa per le Malattie. Per le Malattie dipendenti da gravidanza la garanzia opera a condizione che la

- stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Posizione assicurativa;
- del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della Posizione assicurativa per il parto e l'aborto terapeutico.

Per tutte le sezioni, se la Posizione assicurativa è emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza della stessa Società o di società appartenente ad Unipol Gruppo S.p.A riguardante lo stesso Assicurato e identiche garanzie, i termini di aspettativa sopra indicati operano:

- dal giorno di effetto dell'Assicurazione indicato nella Polizza sostituita, per le prestazioni e la Somma assicurata da quest'ultima risultante;
- dal giorno di effetto dell'Assicurazione indicato nella Posizione assicurativa limitatamente ai maggiori importi ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Allo stesso modo, in caso di variazioni intervenute nel corso della validità della Posizione assicurativa, i periodi di carenze contrattuali sopra indicati operano dal giorno di effetto della variazione stessa per i maggiori importi e le diverse prestazioni assicurate. In caso di pagamento del Premio dopo i novanta giorni successivi alla scadenza annuale della Posizione assicurativa, decorrono nuovamente i termini di aspettativa previsti.

Art.1.3 - Durata dell'Assicurazione e poliennalità'

In relazione alla singola Posizione assicurativa, l'Assicurazione può avere una durata:

- di un anno
- maggiore di un anno.

Se è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni), per ciascuna Annualità assicurativa, il Premio viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata nella stessa Posizione assicurativa di Polizza. Il Premio esposto è già comprensivo dello sconto. Nel caso di adeguamento automatico delle Somme assicurate e del Premio, anche l'importo dello sconto varierà di conseguenza.

Inoltre, se la durata della singola Posizione assicurativa è poliennale, il Contraente, come previsto dal 1° comma dell'Art. 1899 del Codice Civile:

- per durate fino a 5 anni, non può recedere prima della scadenza;
- per durate superiori a 5 anni, può recedere solo dopo i primi 5 anni, comunicando la disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.



DUBBI

1 Quale durata può avere l'Assicurazione?

L'Assicurazione può avere una durata fino ad un Anno o maggiore di un Anno. Con la durata poliennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio per ogni Anno di durata. La percentuale di sconto applicato viene indicata nella Posizione Assicurativa di Polizza ed è tanto più alta quanto maggiore è la durata dell'Assicurazione. Se la durata poliennale è superiore a cinque Anni il Contraente potrà recedere dall'Assicurazione solo dopo i primi cinque Anni.

Art. 1.4 - Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza²

In relazione alla singola Posizione assicurativa l'Assicurazione può essere stipulata con o senza tacito rinnovo.

Tacito rinnovo

Se l'Assicurazione è stipulata con tacito rinnovo, alla scadenza essa si proroga per un altro anno e così di anno in anno. Il rinnovo non avviene se il Contraente o la Società inviano la disdetta almeno 30 giorni prima dalla scadenza dell'Assicurazione. Il Contraente comunica la disdetta all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società, con una delle seguenti modalità:

- lettera raccomandata;
- PEC (posta elettronica certificata).

La Società comunica al Contraente la disdetta con lettera raccomandata e/o PEC (se il Contraente ne è in possesso).

In caso di Assicurazione stipulata con tacito rinnovo, se interviene una modifica della tariffa dei Rischi assicurati, la Società alla scadenza del contratto, comunica al Contraente le nuove condizioni di Premio almeno 30 giorni prima della scadenza.

Il Contraente può:

- accettare il nuovo Premio proposto pagandolo; in questo modo l'Assicurazione si rinnova e viene variata solo per il Premio;
- rifiutare il nuovo Premio proposto non pagandolo; in questo caso la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e l'Assicurazione cessa per disdetta alla data di scadenza. Se però il Premio annuo è frazionato in 12 rate mensili, il Contraente entro la scadenza deve prendere contatto con la propria Agenzia per richiedere l'interruzione dell'addebito automatico; anche in questo caso la Società rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto e l'Assicurazione cessa per disdetta alla data di scadenza.

Non rinnovabilità

Se è stipulata senza tacito rinnovo, l'Assicurazione termina alla scadenza senza obbligo di disdetta.

Art. 1.5 - Recesso in caso di Sinistro

Le parti non hanno la facoltà di recedere dal contratto di assicurazione a seguito della denuncia di Sinistro.

DUBBI

2 La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza o prosegue?

Dipende dalla scelta effettuata alla stipula dell'Assicurazione. Se l'Assicurazione è "senza tacito rinnovo" la copertura assicurativa termina la sua efficacia alla scadenza senza bisogno di comunicazione tra le Parti. Ciò significa che il Contraente dovrà prestare molta attenzione perché dopo la scadenza non avrà più la copertura assicurativa.

Se invece l'Assicurazione è stipulata "con tacito rinnovo" la copertura assicurativa prosegue alla scadenza per un ulteriore anno e così successivamente, fino a quando il Contraente o la Società non decideranno di dare disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza. Sempre in caso di "tacito rinnovo", a seguito di variazioni tariffarie dei rischi assicurati la Società può proporre al Contraente un nuovo Premio, comunicandolo almeno 30 giorni prima della scadenza. In questo caso il Contraente può rifiutare le nuove condizioni del Premio e non rinnovare l'Assicurazione solamente interrompendo il pagamento del Premio, azione che in caso di addebito ricorrente deve essere richiesta entro la scadenza presso la propria Agenzia.

Art. 1.6 – Cessazione dell'Assicurazione per limite d'età

Il limite massimo di età assicurabile è di:

- 65 anni per le garanzie della sezione Invalidità da Malattia;
- 75 anni per le garanzie delle sezioni Diaria da Ricovero e Prevenzione e Alta Specializzazione.

Se l'Assicurato raggiunge i predetti limiti di età durante il periodo di validità dell'Assicurazione si verificano queste conseguenze:

- Posizione assicurativa contenente garanzie delle sole sezioni Invalidità da Malattia e Assistenza: tutte le garanzie acquistate nella Posizione assicurativa terminano alla scadenza dell'annualità in corso;
- Posizione assicurativa contenente anche garanzie delle sezioni Diaria da Ricovero e/o Prevenzione e alta specializzazione: le garanzie della sezione Invalidità da Malattia terminano alla scadenza dell'annualità del compimento dei 65 anni e tutte le altre garanzie proseguono fino alla scadenza dell'annualità in cui l'Assicurato compie 75 anni.

Art. 1.7 – Cessazione dell'Assicurazione per perdita del requisito dell'appartenenza al Nucleo di contratto

Il Contraente deve comunicare alla Società, appena ne viene a conoscenza, l'eventuale perdita in corso di contratto da parte dell'Assicurato del requisito dell'appartenenza al Nucleo di contratto. In seguito a questa comunicazione, per tale Assicurato tutte le garanzie acquistate nella Posizione assicurativa terminano alla scadenza dell'annualità in corso.

Art. 1.8 – Diritto di Recesso in caso di vendita a distanza

Entro 14 giorni dalla data di stipula della Polizza a distanza il Contraente ha diritto di recedere dal contratto. Il Recesso è efficace per la Posizione o le Posizioni assicurative riportate nella Polizza, salvo i casi espressamente esclusi dall'art. 67-duodecies del D. Lgs. 6 settembre 2005 n. 206 (il "Codice del consumo"). Tale diritto viene riconosciuto anche in caso di successiva stipula a distanza, finalizzata all'inserimento di una o più nuove Posizioni assicurative e/o nuove garanzie, limitatamente alle variazioni apportate.

Il Contraente può recedere inviando una comunicazione contenente gli elementi identificativi della Polizza – o della Posizione assicurativa e/o garanzia successivamente inserite - tramite:

- lettera raccomandata da inviare alla Società e all'intermediario;

oppure

- postaelettronica certificata (PEC) da inviare dalla propria casella PEC a quella dell'intermediario e della Società.

A seguito del recesso il Contraente ha diritto alla restituzione del Premio pagato e non goduto entro 30 giorni da quello in cui la Società e l'intermediario hanno ricevuto la comunicazione di recesso, al netto degli oneri fiscali che restano a suo carico.

Quando e come devo pagare

Art. 1.9 – Pagamento del Premio³

I Premi devono essere pagati all'Agenzia/Punto vendita alla quale è assegnata l'Assicurazione oppure alla Società.

Il pagamento del Premio avviene con le modalità consentite dalla legge. Il sistema di acquisto via APP/web che avviene con carta di credito o con eventuale altra modalità di pagamento elettronico viene effettuato in condizioni di sicurezza, con attenzione, in particolare, alle esigenze di integrità, autenticità e tracciabilità delle operazioni.

Art. 1.10 – Frazionamento del Premio⁴

Premesso che il Premio è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato. Per ogni Posizione assicurativa di Polizza il Contraente può scegliere un diverso frazionamento del Premio. Se il Contraente non paga le rate di Premio successive alla prima, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo la scadenza della rata. La Società è esonerata da ogni obbligo mantenendo comunque il diritto al recupero integrale del Premio. L'Assicurazione riprenderà effetto dalle ore 24 del giorno in cui verrà effettuato il pagamento del Premio arretrato.

Art. 1.11 - Pagamento frazionato del Premio tramite addebito ricorrente (operante se indicato nella Posizione assicurativa di Polizza il frazionamento mensile)

In relazione alla singola Posizione assicurativa la Società si riserva di concedere al Contraente (e, una volta concessa, di revocare) la possibilità di frazionare il pagamento del Premio in rate mensili, senza oneri di frazionamento, tramite addebito ricorrente. Se il frazionamento viene richiesto dal Contraente e concesso dalla Società, vale quanto di seguito specificato.

A. Adesione al servizio di pagamento mensile del Premio tramite addebito ricorrente

A.1 Strumenti di addebito ricorrente

Il pagamento delle rate mensili del Premio con addebito ricorrente può avvenire, a scelta del Contraente, attraverso una delle seguenti modalità:

- SEPA Direct Debit (S.D.D.);



DUBBI

3 Cos'è e come si calcola il Premio?

Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che si deve pagare alla Società per attivare la copertura assicurativa. Esso viene determinato, al momento della stipula dell'Assicurazione, sulla base della tariffa in vigore in quel momento, ossia sulla base dei parametri di "Rischio" presi in considerazione per il suo calcolo.



DUBBI

4 Quando deve essere pagato il Premio?

Il pagamento del Premio, sia per intero o in parte in caso di rateizzazione, è condizione necessaria affinché l'Assicurazione abbia una reale validità e decorrenza. Diversamente, il contratto, anche se stipulato, non potrà operare. Pertanto, se è prevista una rata unica, il pagamento deve avvenire al momento della stipula; se il Premio è frazionato, al pagamento di ogni rata, viene rilasciato un documento, la cosiddetta "quietanza", in cui si conferma l'avvenuto pagamento e la prosecuzione della copertura assicurativa.

- Addebito su Carta di Credito;
- Addebito su Carta di Debito, ad esclusione delle Carte Prepagate.

L'autorizzazione all'addebito ricorrente è valida dal momento in cui il Contraente conferma tale richiesta. L'addebito finisce o automaticamente, quando termina l'Assicurazione, oppure se la Società comunica la revoca del frazionamento mensile.

A.2 Obblighi del Contraente

Alla stipula, il Contraente deve:

- (I) aderire al servizio di Firma Elettronica Avanzata (FEA) o attivare il profilo di Area Riservata, sul sito della Società o tramite APP, comunicando il proprio indirizzo e-mail e numero di cellulare;
- (II) comunicare un metodo di pagamento ricorrente del Premio tra quelli previsti all'Art. A.1.;
- (III) provvedere subito al pagamento anticipato di un dodicesimo del Premio annuo stabilito (o importo differente in caso di ratei);
- (IV) obbligarsi a pagare il Premio residuo con rate mensili, con il metodo di pagamento ricorrente associato all'Assicurazione.

Durante la validità dell'Assicurazione il Contraente deve comunicare alla Società eventuali variazioni delle coordinate bancarie, Carte di Credito, Carte di Debito o le revoche del servizio di addebito. Il Contraente può modificare lo strumento di pagamento per l'addebito ricorrente sostituendolo con un altro tra quelli previsti, recandosi in Agenzia/Punto vendita o tramite l'Area Riservata.

A.3 Comunicazioni contrattuali

La Società invierà le comunicazioni contrattuali e di servizio relative all'Assicurazione in modalità digitale (per esempio sull'Area Riservata, tramite PEC, e-mail o al numero di cellulare indicati al momento della stipula o successivamente).

Il Contraente deve comunicare tempestivamente le variazioni dei dati di contatto recandosi in Agenzia/Punto vendita o tramite l'Area Riservata.

B. Procedura di addebito ricorrente

B.1 Ordini di addebito

La richiesta da parte del Contraente di pagamento del Premio tramite l'addebito ricorrente autorizza la Società a inviare gli ordini di addebito del Premio all'Istituto di Credito / di Moneta che ha emesso lo strumento di pagamento.

La Società addebita al Contraente l'importo della rata mensile con le seguenti tempistiche:

- 5 giorni lavorativi prima della scadenza della rata mensile per addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.);
- 1 giorno lavorativo prima della scadenza della rata mensile per addebiti tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

La Società, se non riceve comunicazione di mancato addebito della rata mensile, comunica al Contraente la copertura delle garanzie previste nella Posizione assicurativa di riferimento e a fornire in Area Riservata e APP la quietanza relativa alla mensilità per la quale è stato pagato il Premio. La Polizza costituisce assolvimento dell'obbligo di prenotifica degli addebiti tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.) della Società verso il Contraente.

B.2 Mancato addebito

La Società, se le viene comunicato il mancato addebito, comunica a sua volta al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura per le garanzie previste nella Posizione assicurativa di riferimento a partire dalle ore 24 del quindicesimo giorno

successivo alla scadenza della rata non pagata e non procede all'addebito di altre rate successive. In caso di mancato pagamento di una rata di Premio:

- se il metodo di pagamento ricorrente è ancora valido, la Società farà ulteriori tentativi di addebito della rata non pagata, comunicando sempre al Contraente il loro esito;
- se il metodo di pagamento ricorrente non è più valido e ci sono rate di Premio non pagate, il Contraente dovrà indicare un nuovo metodo di pagamento ricorrente tra quelli previsti. Se non lo fa, sarà revocato il frazionamento mensile, che diventerà annuale; il Contraente dovrà pagare tutte le rate di Premio annuo restanti in un'unica soluzione con una diversa modalità di pagamento.

Se il Contraente indica un nuovo metodo di pagamento ricorrente, questo opera a partire dal tentativo di addebito successivo a quello non andato a buon fine.

Se tutti i tentativi di addebito della rata di Premio dovuta sono negativi, il Contraente deve pagare quest'ultima rata:

- utilizzando l'Area Riservata;
- utilizzando l'APP di UnipolSai;
- concordando con l'Agenzia una diversa modalità di pagamento.

Trascorsi 45 giorni dal mancato pagamento di una rata di Premio senza che il Contraente abbia regolarizzato la posizione, la Società comunica la revoca del frazionamento mensile, che diventa annuale e il Contraente deve pagare tutte le rate di Premio annuo restanti in un'unica soluzione.

Il pagamento può avvenire:

- utilizzando l'Area Riservata;
- utilizzando l'APP di UnipolSai;
- concordando con l'Agenzia/Punto vendita una diversa modalità di pagamento.

B.3 Rimborso degli addebiti SEPA Direct Debit Scheme Rulebook

Se il metodo di pagamento è SEPA Direct Debit (S.D.D.) e il titolare si avvale del diritto al rimborso degli addebiti previsto dal SEPA Direct Debit Scheme Rulebook, il Contraente deve pagare le rate rimborsate e indicare un nuovo metodo di pagamento se quello in uso non è più valido.

C. Rinnovo dell'Assicurazione

Se la Posizione assicurativa per la quale è previsto il frazionamento mensile è senza tacito rinnovo, il Contraente, che intende rinnovarla e consentire la prosecuzione dell'addebito ricorrente senza interruzioni, deve accettare le condizioni di rinnovo:

- almeno 8 giorni lavorativi prima della scadenza in caso di pagamento tramite SEPA Direct Debit (S.D.D.);
- almeno 2 giorni lavorativi prima della scadenza in caso di pagamento tramite Carta di Credito o Carta di Debito.

Il rinnovo con questa modalità di pagamento sarà possibile a patto che la Società mantenga la disponibilità al frazionamento mensile, senza oneri e con addebito ricorrente.

Se l'accettazione delle condizioni di rinnovo avviene dopo tali termini, il Contraente deve pagare la prima rata concordando con l'Agenzia/Punto vendita una diversa modalità di pagamento, mentre l'addebito ricorrente riprenderà per le rate successive.

Se la Posizione assicurativa per la quale è previsto il frazionamento mensile è con tacito rinnovo:

- il Contraente deve pagare l'eventuale importo delle rate arretrate, prima del pagamento del Premio di rinnovo;
- se interviene una modifica della tariffa dei Rischi assicurati, il Contraente che vuole rifiutare il rinnovo alle nuove condizioni di Premio comunicate dalla Società almeno 30 giorni prima della scadenza, come previsto dall'Art. 1.3 *Proroga del contratto, tacito rinnovo, non rinnovabilità e revisione del Premio alla scadenza*, deve richiedere alla propria Agenzia

l'interruzione dell'addebito automatico entro la scadenza. In questo caso, se non viene riattivato l'addebito automatico o pagata la rata di rinnovo, la Posizione assicurativa cessa per disdetta alla scadenza e la Società rinuncia ad agire per la riscossione del nuovo Premio proposto.

- la Società revoca la concessione del frazionamento mensile se al momento del rinnovo non vengono rispettati dal Contraente i requisiti indicati al precedente punto A.2, comma (I). In questo caso il Contraente deve pagare il Premio di rinnovo in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento.

D. Modifica del frazionamento

Durante la validità della Posizione assicurativa la Società revoca la concessione del frazionamento mensile in questi casi:

- se vengono meno i requisiti indicati al precedente punto A.2, comma (I);
- se il Contraente richiede che le comunicazioni contrattuali avvengano su supporto cartaceo, e ciò perché l'aumento dei costi gestionali per la Società non le consentono di mantenere il beneficio del frazionamento mensile del Premio, essendo senza oneri per il Contraente.

Se la Società revoca il frazionamento mensile, il Contraente dovrà pagare le rate del Premio annuo restanti in un'unica soluzione, concordando con la Società una diversa modalità di pagamento.

Art. 1.12 – Criteri per la determinazione del Premio e suo adeguamento

Il Premio è calcolato in base all'età dell'Assicurato ed è adeguato ogni anno in funzione dell'aumento dell'età secondo le seguenti regole:

Fasce di età (in anni)	Sezione Prevenzione e Alta Specializzazione
Fino a 19 anni	0%
Dal 20° anno in poi	2,55%

Fasce di età (in anni)	Sezione Invalidità da Malattia
Fino a 25 anni	Nessun adeguamento
Dal 25° anno in poi	6%

Fasce di età (in anni)	Sezione Diaria da Ricovero
Fino a 14 anni	0%
Dal 14° al 15°	17%
Dal 15° al 19°	0%
Dal 19° e 20°	20%
Dal 20° anno in poi	3%

Il Premio della garanzia Assistenza Salute, essendo una percentuale del Premio delle altre garanzie, si adegua di conseguenza.

Che obblighi ho

Art. 1.13 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

La Società presta la copertura assicurativa in base alle circostanze di Rischio dichiarate dal Contraente alla stipula. Se la dichiarazione contiene informazioni errate o incomplete, la Società può essere indotta a sottovalutare il Rischio che, diversamente, avrebbe giudicato non assicurabile o assicurabile ad un Premio più alto. In questo caso, se il Contraente rilascia tali informazioni errate o incomplete con dolo (cioè, con coscienza e volontà) o colpa grave, la Società può rifiutare il pagamento del Sinistro e chiedere l'annullamento dell'Assicurazione. Se invece il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, la Società può pagare il Sinistro riducendolo in proporzione al minor Premio percepito e può recedere dall'Assicurazione (ad esempio, se la Società ha percepito il 50% del Premio che avrebbe chiesto valutando correttamente il Rischio, liquiderà solo il 50% dell'importo del Sinistro).

Art. 1.14 - Aggravamento e diminuzione del rischio⁵

Il Contraente o l'Assicurato devono dare comunicazione scritta alla Società della variazione della residenza dell'Assicurato in quanto può incidere sulla valutazione del Rischio. Gli aggravamenti non conosciuti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo. In questo caso l'Assicurazione termina come previsto dell'Art. 1898 del Codice civile.

Non sono previste ipotesi di riduzione del Rischio.

Art. 1.15 - Assicurazione per conto altrui

Il Contraente può stipulare l'Assicurazione per conto altrui purché gli Assicurati rientrino nella definizione di Nucleo di contratto. A tal fine deve fornire – se richiesto dalla Società – la prova della delega degli Assicurati a stipulare per loro conto la Posizione assicurativa sulla base delle loro esigenze.

Il Contraente deve inoltre consegnare a ciascun Assicurato il Set Informativo e l'Estratto di Polizza.

Altre norme

Art. 1.16 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 1.17 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata oppure PEC (posta elettronica certificata) se l'Assicurato o il Contraente ne sono in possesso. Le comunicazioni dell'Assicurato o del Contraente devono essere inviate all'Agenzia alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società, salvo quanto previsto all'Art. 1.11 *Pagamento frazionato del Premio tramite addebito ricorrente - A.3 Comunicazioni contrattuali*).

DUBBI

5 Come faccio a sapere cosa prevede l'Art. 1898 del Codice Civile riguardo a ciò che accade in caso di aggravamento del Rischio in corso di contratto?

Per poter facilmente consultare il contenuto degli articoli del Codice Civile - oltre a quelli del Codice di Procedura Civile e del Codice della Navigazione - richiamati nel contratto, al fondo delle condizioni di assicurazione è stata inserita la sezione "NORME DI LEGGE RICHIAMATE NEL CONTRATTO", nella quale è riportato il testo integrale di tali articoli.

Art. 1.18 - Altre assicurazioni

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dichiarare alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione, presso altri assicuratori, di assicurazioni relative allo stesso Rischio e alle stesse garanzie assicurate con il presente contratto, indicandone le Somme assicurate.

La mancata comunicazione dell'esistenza di altre assicurazioni, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto all'Indennizzo.

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso Rischio nei casi di:

- polizze stipulate a favore degli stessi Assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il contraente di tali polizze sia il Contraente o l'Assicurato della presente Assicurazione;
- polizze stipulate a copertura del Rischio Infortuni della circolazione;
- garanzie infortuni provenienti automaticamente dalla titolarità di Carte di credito, Conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisiti di beni o servizi non assicurativi;
- garanzie assistenza.

In caso di Sinistro il Contraente, o l'Assicurato, deve avvisare tutti gli assicuratori 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.

Art. 1.19 - Lingua applicabile

La documentazione precontrattuale e il contratto sono redatti in lingua italiana e tutte le comunicazioni in corso di contratto avverranno in tale lingua. Restano salve le disposizioni vigenti in materia di bilinguismo nelle Regioni a Statuto Speciale.

Art. 1.20 - Modalità di ricezione e trasmissione della documentazione

Il Contraente, prima della stipula della Polizza, può scegliere di ricevere e di trasmettere la documentazione precontrattuale e contrattuale secondo quanto previsto dall'Art. 120-quater del Decreto legislativo 7 settembre 2009 n. 209 (il "Codice delle Assicurazioni Private"):

- e) su supporto cartaceo;
- f) su supporto durevole non cartaceo;
- g) tramite un sito Internet solo se il Contraente ha regolarmente accesso ad Internet, ossia se fornisce un indirizzo di posta elettronica a lui riferibile per la distribuzione del prodotto.

Nei casi b) e c) il Contraente può richiedere, senza che ciò comporti alcun onere a suo carico, la ricezione della documentazione su supporto cartaceo e potrà modificare la tecnica di comunicazione prescelta in ogni momento.

Art. 1.21 - Altre informazioni in caso di Vendita a distanza

Potendo essere venduta anche a distanza, le diverse fasi e modalità da seguire per la stipula della Polizza tramite internet o APP sono indicati nel sito internet/APP della Società.

In caso di utilizzo di call center il Contraente ha diritto di essere messo in contatto con l'incaricato del coordinamento e del controllo.

Art. 1.22 - Foro competente

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

Art. 1.23 - Imposte e tasse

Le imposte e tutti gli altri oneri, stabiliti per legge, relativi all'Assicurazione, presenti e futuri, sono a carico del Contraente, anche se il pagamento sia stato anticipato dalla Società.

Art. 1.24 - Rinvio alle norme di legge

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

Cosa assicura

Art. 2.1 - Prevenzione e Accertamenti⁶

La Società liquida, a seguito di Malattia o di Infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto e nei limiti delle Somme assicurate indicate, le spese sostenute dall'Assicurato per:

- Check up ematochimico;
- Visite e accertamenti post-prevenzione ematochimica;
- Alta specializzazione;
- Visite Specialistiche a scelta.

A) Check up ematochimico

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo, previa prenotazione, di un Centro Sanitario Convenzionato⁷, liquida le spese sostenute per qualsiasi esame ematochimico ed analisi di laboratorio effettuati fino al raggiungimento di € 150,00 per Annualità Assicurativa.

Le prestazioni sopra indicate potranno essere effettuate una sola volta per Annualità Assicurativa e in un'unica soluzione.

La garanzia opera anche in assenza di Malattia o Infortunio.

Nel momento di accesso al Centro Sanitario Convenzionato, l'Assicurato deve fornire l'elenco dettagliato degli esami ed analisi che intende effettuare.

? DUBBI

6 Come utilizzare la prestazione di prevenzione ematochimica?

A) È necessario che io abbia sofferto o soffra tuttora di una patologia?

No, l'utilizzo della prestazione di prevenzione ematochimica non è collegato all'esistenza di una qualsiasi patologia.

B) Quale esame ematochimico posso effettuare?

Si può effettuare qualsiasi tipo di esame ematochimico previsto dal Centro Sanitario Convenzionato. In assenza di un elenco di esami specifico riportiamo, a solo scopo esemplificativo, un elenco dei più comuni esami ematochimici che potranno essere effettuati previa stampa e consegna al Centro Convenzionato prescelto:

- ast (got) - aspartato aminotransferasi;
- alanina aminotransferasi (alt/gpt) /transaminasi (s);
- colesterolo totale;
- creatinina;
- colesterolo hdl;
- ptt (tempo di tromboplastina parziale);
- tempo di protrombina/pt (tempo di quick);
- urea/azotemia (s);
- ggt (gamma gt) - gamma glutamil transpeptidasi;
- glicemia/glucosio (s);
- trigliceridi;
- esame urine completo (chimico-fisico-microscopico);
- emocromo;
- ves - velocità di sedimentazione delle emazie.

B) Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici post-prevenzione ematochimica

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo, previa prenotazione, di un Centro Sanitario Convenzionato^{7,8}, liquida le spese sostenute per Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici resi necessari dagli esiti degli esami previsti dalla prestazione prevista dalla lettera A) Check up ematochimico.

È necessaria la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o l'indicazione della Malattia che rende necessaria la prestazione.

La Società liquida le spese fino a € 250,00 per Annualità Assicurativa.



DUBBI

7 Come faccio a sapere quali sono i Centri Sanitari Convenzionati e quali vantaggi ho?

Per conoscere l'elenco dei Centri Sanitari Convenzionati e dei medici convenzionati è sufficiente consultare il sito www.unisalute.it.



DUBBI

8 Per poter usufruire della copertura assicurativa devo necessariamente rivolgermi presso un Centro Sanitario Convenzionato con UniSalute?

Dipende dalla tipologia di prestazione. Per l'Alta Specializzazione la copertura assicurativa opera sia per le prestazioni effettuate presso Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute che presso Strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, variando nelle modalità di liquidazione del Sinistro (pagamento diretto da parte della Società o a rimborso all'Assicurato) e nell'applicazione di Franchigie. Per tutte le altre prestazioni la copertura assicurativa deve avvenire necessariamente presso un Centro Sanitario Convenzionato con UniSalute. sufficiente consultare il sito www.unisalute.it.

C) Alta Specializzazione

La Società liquida le spese extraospedaliere, conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuti durante l'operatività del contratto, in relazione alle seguenti prestazioni:

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) "anche digitale

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia/ Dacriocistotac
- Defecografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Mielografia
- Fluorangiografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

Accertamenti

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

È necessaria la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o l'indicazione della Malattia/Infortunio che rende necessaria la prestazione.

La prestazione può essere effettuata esclusivamente presso un Centro Sanitario Convenzionato, previa prenotazione, o avvalendosi di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionata con esso.

La Società liquida le spese fino a € 2.000,00 per Annualità Assicurativa.

D) Visite specialistiche a scelta

La Società, esclusivamente in caso di utilizzo, previa prenotazione, di un Centro Sanitario Convenzionato, liquida le spese sostenute per:

- Visite specialistiche conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuti durante l'operatività della Posizione assicurativa, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

È necessaria la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o l'indicazione della Malattia/Infortunio che rende necessaria la prestazione.

La presente prestazione è garantita fino al raggiungimento di € 100,00 per Annualità Assicurativa.

Cosa NON assicura

Art. 2.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per:

- a) le conseguenze dirette di Infortuni e di Malattie insorti, diagnosticati o curati anteriormente alla stipula del contratto salvo quanto previsto dalla lettera A) Check up ematochimico e D) Visite Specialistiche;
- b) le cure per l'eliminazione o la correzione di Difetti fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipula del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole;
- c) la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- d) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato e quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- e) il trattamento delle Malattie conseguenti all'abuso di alcool, psicofarmaci, e all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
- f) 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;
- g) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- h) le prestazioni aventi finalità estetiche;
- i) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la Medicina non convenzionale, le Cure a carattere sperimentale;
- j) tutte le prestazioni odontoiatriche;
- k) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);
- l) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti o aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche per fatti conseguenti a tumulti popolari sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme.
- m) le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;
- n) le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.

Come assicura

Art. 2.3 - Modalità di erogazione delle prestazioni⁹

La Società fornisce le prestazioni, nei limiti previsti, con le modalità sottoindicate:

- Alta Specializzazione
 - a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati, la Società liquida le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato;
 - b) nel caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, la Società rimborsa eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.
- Check up ematochimico, liquida direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo dovuto all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.
- Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici post-prevenzione ematochimica, liquida direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'indennizzo dovuto all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.
- Visite Specialistiche a scelta, liquida direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo dovuto all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.

Art. 2.4 - Area territoriale scoperta

Se l'Assicurato è residente ad una distanza superiore ai 20 km, o comunque in una provincia diversa rispetto al Centro Sanitario Convenzionato con Unisalute più vicino alla residenza stessa, per usufruire della prestazione richiesta l'Assicurato potrà avvalersi, a seguito di autorizzazione della CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE, di un centro sanitario non convenzionato. In questo caso la Società rimborsa le spese sostenute nei limiti e nei massimali previsti dalla prestazione.

Art. 2.5 - Validità territoriale

L'Assicurazione vale in Italia.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Garanzia base	Limiti di Indennizzo	Modalità di Liquidazione
Alta Specializzazione	€ 2.000 per Annualità Assicurativa	In Centro Convenzionato, previa prenotazione, pagamento diretto. In strutture del SSN, rimborso dei ticket sanitari
Check Up ematochimico	€ 150,00 una sola volta e in un'unica soluzione per Annualità Assicurativa	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici post-prevenzione ematochimica	€ 250 per Annualità Assicurativa	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto. Per la prestazione è necessaria la prescrizione medica
Visite Specialistiche a scelta	€ 100 per Annualità Assicurativa Esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche	In Centro Convenzionato previa prenotazione, pagamento diretto



DUBBI

9 Come faccio a ricordarmi le limitazioni e le modalità di liquidazione?

Per avere un quadro riassuntivo chiaro su limitazioni e modalità liquidative ma anche sulle Franchigie presenti, è sufficiente consultare la tabella di sintesi che si trova al fondo della Sezione.

Cosa assicura

Art. 3.1 - Invalidità Permanente da Malattia

La garanzia opera per la Malattia manifestatasi durante il Periodo Assicurativo che ha come conseguenza una Invalidità Permanente dell'Assicurato, fino alla Somma assicurata indicata nella Posizione assicurativa.

Art. 3.1.1 - Determinazione dell'indennizzo

Ogni patologia invalidante viene valutata singolarmente in caso di Malattie coesistenti. In caso di Malattie concorrenti viene valutata una invalidità complessiva.

L'Invalidità Permanente viene accertata dalla Società dopo che la stessa si è stabilizzata in un periodo compreso fra i centottanta e cinquecentoquaranta giorni dalla data di denuncia della Malattia.

L'Invalidità Permanente è determinata indipendentemente dalla professione esercitata, in base a quanto previsto da:

- Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia (allegato A)
- Art. 6.5- *Criteri di Indennizzabilità Invalidità Permanente da Malattia* delle Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri

La Società liquida un indennizzo calcolato sulla Somma Assicurata indicata nella Posizione assicurativa in base ai parametri riportati nella Tabella 1.

La Società non liquida l'indennizzo se l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 25%.

TABELLA 1

Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
Fino al 25%	0%	51%	52%
26%	2%	52%	54%
27%	4%	53%	56%
28%	6%	54%	58%
29%	8%	55%	60%
30%	10%	56%	62%
31%	12%	57%	64%
32%	14%	58%	66%
33%	16%	59%	68%
34%	18%	60%	70%
35%	20%	61%	72%
36%	22%	62%	74%

Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
37%	24%	63%	76%
38%	26%	64%	78%
39%	28%	65%	80%
40%	30%	66%	82%
41%	32%	67%	84%
42%	34%	68%	86%
43%	36%	69%	88%
44%	38%	70%	90%
45%	40%	71%	92%
46%	42%	72%	94%
47%	44%	73%	96%
48%	46%	74%	98%
49%	48%	75% ed oltre	100%
50%	50%		

Se l'Assicurato non intende sottoporsi ad un adeguato trattamento terapeutico finalizzato a migliorare il decorso della Malattia denunciata, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità Permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse al trattamento, escluso il maggior pregiudizio.

In caso di decesso dell'Assicurato per cause indipendenti dalla Malattia denunciata prima dell'accertamento medico-legale disposto dalla Società, l'indennizzo per Invalidità Permanente può essere liquidato in favore degli eredi se questi forniscono alla Società documentazione medica attestante la stabilizzazione dei postumi permanenti, inclusa la cartella clinica nell'ipotesi di Ricovero.

In caso di malattia neoplastica, insorta dopo la data di effetto del contratto che risulti non più suscettibile di trattamento risolutivo o vi sia riscontro di una diffusione metastatica extra linfonodale (ossia che interessi altri organi o apparati = M1), se l'Assicurato risulterà in vita a 6 mesi dalla denuncia di Sinistro, non rientrando nei parametri per l'Indennizzo dell'Invalidità Permanente riportati nel presente articolo, sarà riconosciuto un indennizzo forfettario pari al 20 % della Somma Assicurata.

Cosa NON assicura

Art. 3.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per:

- a) malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi prima della stipula del contratto;
- b) malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool, psicofarmaci, e uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- d) positività H.I.V. ed AIDS e sindrome ad esse correlate;
- e) le conseguenze di trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come l'avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o di isotopi radioattivi;
- g) per fatti conseguenti a tumulti popolari sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme, malattie professionali soggette all'assicurazione di legge ed elencate nel D.P.R. 30.6.1965 n.1124 e successive modifiche.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione le Invalidità Permanenti preesistenti alla data di decorrenza del presente contratto.

Per le maggiori somme conseguenti a variazioni intervenute dopo la stipula dell'Assicurazione, quanto previsto alla precedente lettera a) opera dalle ore 24 del giorno di pagamento della variazione.

Art. 3.3 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. Se tali dipendenze o Malattie sopravvengono durante la validità del contratto, l'Assicurazione termina automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

Come personalizzare

Art. 3.4 - Condizione Specifica (con sconto)

Il Contraente può acquistare la Condizione Specifica di seguito proposta. La condizione opera solo se indicata nella Posizione assicurativa di Polizza.

Art. 3.4.1 - Invalidità permanente da Malattia superiore al 60%

In deroga alla "Tabella 1" riportata nell'Art. 3.1.1 - Determinazione dell'indennizzo, la Società liquida l'Indennizzo per Invalidità Permanente da Malattia calcolato sulla Somma Assicurata indicata nella Posizione assicurativa in base ai parametri riportati nella Tabella 2.

La Società non liquida l'Indennizzo se l'Invalidità Permanente accertata è di grado pari o inferiore al 60%.

TABELLA 2

Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
Fino al 60%	0%
superiore al 60%	100%

Come assicura

Art. 3.5 - Rinuncia alla rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per gli indennizzi liquidati, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto nei confronti degli eventuali terzi responsabili della Malattia.

Art. 3.6 - Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Cosa assicura

Art. 4.1 – Diaria da Ricovero

La Società, in caso di Ricovero dell'Assicurato conseguente ad Infortunio o Malattia, garantisce le seguenti prestazioni:

- Indennità Giornaliera (diaria) per Ricovero ¹⁰
- Spese Pre e Post Ricovero.

A) Indennità Giornaliera (diaria) per Ricovero ¹⁰

La Società liquida la Somma Assicurata giornaliera indicata nella Posizione assicurativa in caso di Ricovero avvenuto durante il Periodo Assicurativo a seguito di:

- Infortunio, anche se causato con colpa grave;
- Malattia, parto o aborto terapeutico.

La prima giornata di Ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero o della dimissione.

La garanzia è prestata per un massimo di 60 giorni per Anno Assicurativo.

In caso di Day Hospital la Società liquida il 50% dell'indennità prevista in caso di Ricovero per un massimo di 30 giorni per Anno assicurativo.

In caso di parto naturale l'indennità viene liquidata per un massimo di 5 giorni per Sinistro.

Interventi chirurgici/Malattie

I seguenti Interventi Chirurgici/Malattie sono considerati in garanzia anche se esistenti al momento della stipula della Posizione assicurativa:

- Cataratta;
- Varici;
- Emorroidi;
- Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni (ad es. legamenti crociati);
- Meniscectomia;
- Calcolosi renale ed epatica;
- Diabete;
- Insufficienza renale;
- Malattie a carico della tiroide;
- Ipertrofia prostatica;
- Ernie: tutti i tipi.

Tuttavia, per tali casistiche e limitatamente ai primi 2 anni dalla stipula della Posizione assicurativa, la Società liquida l'indennità giornaliera con il limite di 3 giorni per Sinistro e Anno Assicurativo.

La ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni e la meniscectomia, se causate da Infortunio subito durante la validità del contratto, sono indennizzate nel limite di 60 giorni per Anno Assicurativo.



DUBBI

10 Per poter usufruire dell'Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura il mio Ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con la Società?

No, la copertura assicurativa è operante in caso di utilizzo sia di un Centro Convenzionato sia di un centro non convenzionato o del Servizio Sanitario Nazionale.

B) Spese Pre e Post Ricovero

La Società rimborsa le spese documentate e sostenute dall'Assicurato, nei 30 giorni precedenti e successivi ad un Ricovero indennizzabile dalla lettera A) *Indennità Giornaliera (diaria) per Ricovero di durata superiore a 3 giorni*, per Accertamenti Diagnostici e Visite Specialistiche, purché inerenti alla Malattia o all'Infortunio che ha determinato il Ricovero stesso.

La presente garanzia non è riconosciuta in caso di Ricovero per parto naturale o con taglio cesareo. La Società rimborsa le spese fino a € 1.000,00 per Anno Assicurativo senza l'applicazione di franchigie e scoperti.

Cosa NON assicura

Art. 4.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per:

- a) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
- b) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate dall'Assicurato e quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- c) le conseguenze di Infortuni derivanti da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti o allucinogeni e le Malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;
- d) 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, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, sports 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 sports aerei in genere;
- e) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica di sports costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) l'aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze;
- g) le terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale;
- h) 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);
- i) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica e quelle non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. 31 ottobre 1991 pubblicato sulla G.U. 262 del 8/11/1991) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere;
- j) ricoveri per Malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e istituti diversi da case di cura) qualificate come cliniche o Istituti di Cura;
- k) tutte le prestazioni odontoiatriche oltre agli interventi chirurgici e agli accertamenti diagnostici aventi come unico fine la riabilitazione odontoiatrica o il trattamento ortognatodontico, salvo non siano rese necessarie da infortunio documentato;
- l) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, esposizione a radiazioni ionizzanti, contaminazioni chimiche e biologiche (intese come avvelenamento con sostanze nucleari, biologiche e chimiche);

- m) per fatti conseguenti a tumulti popolari, sommosse popolari, eventi bellici, atti di terrorismo, atti di vandalismo, terremoto, sciopero e serrate, detenzione od impiego di sostanze radioattive, eventi naturali per i quali venga riconosciuto lo stato di calamità naturale o lo stato di allarme.
- n) H.I.V. e gli stati patologici correlati ad essa.

Art. 4.3 – Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone che, prima della stipula dell'Assicurazione, hanno sofferto delle seguenti patologie/dipendenze:

- a) Tumori maligni insorti nei cinque anni precedenti alla data di stipula della polizza;
- b) Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson);
- c) Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- d) Pancreatite acuta e cronica;
- e) Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei cinque anni precedenti la data di stipula della polizza;
- f) Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- g) Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei dieci anni precedenti la data di stipula della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- h) Sieropositività all'HIV;
- i) Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%;
- j) Alcolismo;
- k) Tossicodipendenza;
- l) Sindromi organiche cerebrali.

Inoltre, se le patologie/dipendenze indicate alle lettere j, k ed l, la sopravvengono, durante la validità del contratto, l'Assicurazione termina automaticamente alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

Come personalizzare¹¹

Art. 4.4 - Garanzia Supplementare (a pagamento)

Il Contraente può acquistare la Garanzia Supplementare di seguito proposta. La garanzia opera solo se indicata nella Posizione assicurativa di Polizza e se sia stato pagato il relativo Premio.

Art. 4.4.1 – Diaria da Convalescenza

La Società liquida all'Assicurato i seguenti Indennizzi:

- Indennità Giornaliera (diaria) per Convalescenza
- Indennità forfettaria per Convalescenza in caso di Grave Malattia.



DUBBI

11 Posso personalizzare la mia copertura assicurativa?

Si, poiché ogni Cliente ha la propria sensibilità e le proprie esigenze assicurative. C'è chi preferisce una copertura essenziale, sufficientemente ampia ma più economica e c'è chi desidera invece arricchire la copertura acquistando ulteriori garanzie.

A tal fine nell'area "Come personalizzare" è possibile scegliere tra Garanzie Supplementari che ampliano la copertura assicurativa e Condizioni Specifiche che consentono di modellare la Franchigia.

A) Indennità Giornaliera per Convalescenza

La Società liquida la stessa Somma Assicurata prevista all'art. 4.1 lettera A) *Indennità giornaliera (diaria) per Ricovero*, a seguito di Ricovero indennizzabile che rende necessaria una Convalescenza.

La garanzia è prestata per il periodo prescritto dal medico all'atto delle dimissioni con il massimo del triplo dei giorni di Ricovero indennizzati, con il limite di 30 giorni per Sinistro e 60 giorni per Anno Assicurativo.

La garanzia non opera per:

- a) parto non cesareo o aborto;
- b) Malattie della gravidanza e del puerperio;
- c) ricoveri in regime di Day-Hospital.

B) Indennità forfettaria per Convalescenza in caso di Grave Malattia

La Società liquida un'indennità forfettaria supplementare per Convalescenza di € 1.000,00 successivamente alle dimissioni del primo Ricovero indennizzabile dalla lettera A) *Indennità Giornaliera (diaria) per Ricovero*, avvenuto durante l'operatività del contratto, reso necessario per una delle seguenti Malattie:

- Tumore Maligno
- Infarto Miocardico Acuto
- Ictus

La garanzia non opera per:

- a) i Ricoveri conseguenti a Infarto Miocardico Acuto o Ictus che si sono verificati prima dell'effetto della Polizza;
- b) i Ricoveri conseguenti a Tumore Maligno che si è manifestato prima dell'effetto della Polizza e i Ricoveri dovuti alle eventuali sue recidive;
- c) eventuali Ricoveri successivi al primo per la stessa Grave Malattia che abbia già comportato la liquidazione dell'indennità forfettaria per convalescenza.

Art. 4.5 – Condizione Specifica (con sconto)

Il Contraente può acquistare la Condizione Specifica di seguito proposta. La Condizione opera solo se indicata nella Posizione assicurativa.

Art. 4.5.1 – Franchigia giorni di Ricovero

A parziale deroga di quanto previsto alla lettera A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri" dell'Art. 4.1 – Diaria da Ricovero, la Società liquida la Somma Assicurata giornaliera indicata in Polizza in caso di Ricovero a partire dal sesto giorno di Ricovero.

Come assicura

Art. 4.6 – Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI DI INDENNIZZO

GARANZIE PRESTATE		Limiti e sottolimiti di Indennizzo
GARANZIA DIARIA DA RICOVERO	Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura	Massimo 60 gg per Annualità Assicurativa. La 1° e ultima giornata sono considerate una sola giornata <ul style="list-style-type: none">• Se Day Hospital 50% dell'Indennità per massimo 30 gg per Annualità Assicurativa• Se parto naturale: 100% dell'Indennità per massimo 5gg
	Spese Pre e Post Ricovero	Fino al raggiungimento di € 1.000,00
GARANZIA DIARIA DA CONVALESCENZA	Indennità Giornaliera per Convalescenza	Massimo 30 gg per sinistro e 60 gg per Annualità Assicurativa. La prima e ultima giornata sono considerate una sola giornata
	Indennità forfettaria per convalescenza in caso di Grave Malattia	€ 1.000,00

Cosa assicura

Art. 5.1 - Assistenza Salute

La Società fornisce all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto in caso di difficoltà per il verificarsi di uno dei seguenti eventi, secondo i limiti e le regole di seguito indicati.

Servizi di consulenza

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Struttura Organizzativa di UniSalute telefonando al numero verde (800.009956) dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30, festivi esclusi.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia (+39 051.4161791).

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Struttura Organizzativa fornisce un servizio di informazione sanitaria per:

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Struttura Organizzativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal presente contratto nella forma di assistenza diretta nei Centri Sanitari Convenzionati.

Prestazioni di Assistenza

Per usufruire delle seguenti prestazioni di Assistenza l'Assicurato deve preventivamente contattare la Struttura Organizzativa di Unisalute, 24 ore su 24 e richiedere l'aiuto necessario:

- al numero verde (800.212477) se in Italia
- al numero (+39 051.6389048) se all'estero.

Per i dettagli consultare le "Norme che regolano la liquidazione dei Sinistri".

c) Invio di medicinali a domicilio

Se l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti e non può allontanarsi dalla propria abitazione per gravi motivi di salute dovuti a Infortunio, certificati dal medico curante, la Struttura Organizzativa consegna i medicinali prescritti dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato. È a carico dell'Assicurato solo il costo dei medicinali.

La prestazione viene fornita per massimo 3 volte per Annualità assicurativa.

Sono esclusi i medicinali salva vita.

d) Rientro Sanitario con autoambulanza

Se l'Assicurato, successivamente al ricovero di primo soccorso per Infortunio o Malattia improvvisa, necessita di un trasporto in ambulanza per rientrare al proprio domicilio, la Struttura Organizzativa, sentito il proprio medico, provvede ad inviarla. La Società sostiene la relativa spesa fino al limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km e con il massimo di € 300 per Sinistro e per Annualità assicurativa.

e) Trasferimento in centro medico specializzato

Se l'Assicurato in conseguenza di Infortunio o di Malattia improvvisa sia affetto da una Malattia che viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Struttura Organizzativa organizza il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore e con il mezzo più idoneo alle sue condizioni 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 trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura Organizzativa.

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

f) Pareri medici immediati

Se, a seguito di Infortunio o di Malattia, l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Struttura Organizzativa fornisce tramite i propri medici informazioni e consigli richiesti.

Cosa NON assicura

Art. 5.2 - Esclusioni

L'Assicurazione non opera per:

- a. atti di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni;
- b. eruzioni vulcaniche, terremoti, uragani, alluvioni e/o inondazioni;
- c. conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- d. dolo dell'Assicurato.

Come assicura

Art. 5.3 - Validità territoriale

Tutte le prestazioni di consulenza e di Assistenza sono erogate in Italia.

TABELLA DI SINTESI DEI LIMITI/SOTTOLIMITI D'INDENNIZZO E FRANCHIGIE/SCOPERTI

GARANZIE PRESTATE	Limiti e sottolimiti di Indennizzo
Informazioni sanitarie telefoniche	-
Prenotazione di prestazioni sanitarie	-
Invio medicinali a domicilio	Il costo del trasporto, rimanendo a carico dell'Assicurato i costi dell'acquisto dei medicinali, massimo 3 volte l'anno per nucleo familiare
Rientro dal ricovero di primo soccorso	Nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per evento con il massimo di € 300 per sinistro e per persona
Trasferimento in centro medico specializzato	-
Pareri medici immediati	-

La Società ha affidato la gestione dei Sinistri a UniSalute e la fornitura delle Prestazioni di Assistenza alla relativa Struttura Organizzativa.

La Società può cambiare il gestore dei Sinistri e/o la Struttura Organizzativa comunicandolo tempestivamente al Contraente. In questo caso le prestazioni garantite non vengono modificate.

Norme per la sezione Prevenzione e alta specializzazione

Art. 6.1 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

L'Assicurato deve preventivamente chiedere la prenotazione o comunicare l'appuntamento delle prestazioni 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, 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.

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

In alternativa all'utilizzo dell'APP/sito internet o nei casi non gestibili tramite questi strumenti, l'Assicurato può preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute specificando la prestazione richiesta

- al numero verde gratuito 800.009956 in Italia
- al numero +39 051.4161791 se dall'estero

nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30, festivi esclusi.

Se l'Assicurato utilizza un Centro Sanitario Convenzionato, senza avere preventivamente contattato la Società, le spese sostenute potranno essere rimborsate solo se prevista tale modalità di erogazione e con l'applicazione delle condizioni indicate nelle rispettive garanzie di polizza.

L'Assicurato deve presentare al Centro Sanitario Convenzionato, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento d'identità e la prescrizione del medico curante, se richiesta, contenente la natura della Malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

La Società invierà al Centro Sanitario Convenzionato la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura. La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati e fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

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

Art. 6.2 - Gestione dei documenti di spesa

In caso di Sinistro la documentazione attestante le spese sostenute dall'Assicurato viene gestita secondo le seguenti modalità:

- a) Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati, la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate viene consegnata direttamente dal Centro Sanitario Convenzionato all'Assicurato.
- b) Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari non Convenzionati o prestazioni a rimborso, la Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, mette a disposizione, attraverso l'app o il sito Internet, riepilogo delle richieste

di rimborso in attesa di documentazione, liquidate e non liquidate con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Art. 6.3 - Liquidazione dell'Indennizzo

La Società liquida l'indennizzo spettante all'Assicurato entro 30 giorni dalla richiesta di rimborso, o ai suoi eredi legittimi o testamentari come previsto dall'Art. 6.1 - *Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato*, salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto. La liquidazione dell'Indennizzo avviene, in ogni caso, previa presentazione alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, previsti dal predetto all'Art. 6.1 - *Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato*.

In caso di ricorso all'arbitrato irrituale, di cui al successivo Art. 6.13 *Arbitrato irrituale*, la Società liquida l'indennizzo entro 30 giorni dall'esito della procedura.

Norme per la sezione Invalidità da Malattia

Art. 6.4 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

In caso di Sinistro che determina una Invalidità Permanente indennizzabile ai termini di Polizza, il Contraente o l'Assicurato o i suoi aventi diritto **devono darne comunicazione scritta alla Società o all'Agenzia a cui è assegnato il contratto entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui ne abbiano avuto la possibilità.**

La denuncia del Sinistro sottoscritta dall'Assicurato o dagli aventi diritto, se l'Assicurato è impossibilitato a causa della Malattia, deve contenere:

- il certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della Malattia;
- l'originale o la copia conforme delle cartelle cliniche;
- ogni altro documento utile alla valutazione dei postumi invalidanti.

L'Assicurato deve inoltre sottoporsi in Italia, ad accertamenti, visite e controlli medici richiesti dalla Società e fornire la Documentazione sanitaria in originale o in fotocopia, sciogliendo dal segreto professionale i medici e gli istituti di Cura.

Se, in occasione del sinistro, emergono elementi sullo stato di salute dell'Assicurato rilevanti secondo quanto previsto al successivo Art. 6.5 *Criteri di Indennizzabilità Invalidità Permanente da Malattia*, la Società ha la facoltà di richiedere la relativa Documentazione sanitaria.

Art. 6.5 - Criteri di Indennizzabilità Invalidità Permanente da Malattia

La Società liquida l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola Malattia denunciata.

L'esistenza di una Malattia in atto e l'esistenza di uno stato di Invalidità Permanente non sono tra loro compatibili: fino a quando durerà la Malattia, permarrà uno stato di invalidità temporanea, ma non vi è ancora Invalidità Permanente; se la Malattia guarisce con postumi permanenti si avrà uno stato di Invalidità Permanente; se la Malattia dovesse condurre a morte l'Assicurato, essa avrà causato solo un periodo di invalidità temporanea. In definitiva il consolidarsi di postumi permanenti può mancare in due casi: o quando cessata la Malattia questa risulti guarita senza postumi; ovvero quando la Malattia si risolva con esito letale.

A maggior chiarimento dei criteri di indennizzabilità si fa riferimento allo schema sotto riportato:

Status cliente	Valutazione di polizza
Assicurato già affetto da Malattia invalidante alla data di effetto polizza	Liquidazione non prevista

Status cliente	Valutazione di polizza
Assicurato già affetto da Malattia invalidante alla data di effetto polizza con aggravamento della stessa	Liquidazione non prevista
Assicurato già affetto da Malattia invalidante alla data di effetto polizza con diagnosi di nuova Malattia invalidante coesistente o concorrente	Valutazione dell'Invalidità Permanente derivante dalla nuova Malattia denunciata, senza tener conto del maggiore pregiudizio derivante dalla precedente Malattia invalidante
Assicurato a cui è stata già liquidata un'Invalidità ma con nuova Malattia invalidante coesistente o concorrente	Valutazione dell'Invalidità Permanente derivante dalla nuova Malattia denunciata, senza tener conto del maggiore pregiudizio derivante dalla precedente Malattia invalidante. Si precisa che mai l'indennizzo totale potrà superare il 100% del capitale assicurato, anche a fronte di più Sinistri denunciati in più anni
Assicurato a cui è stata già liquidata un'Invalidità per la stessa Malattia ora in aggravamento	Nulla è dovuto, oltre a quanto già pagato, in quanto la valutazione medico legale tiene conto degli sviluppi della Malattia invalidante
Assicurato affetto da Invalidità derivanti da Malattie concorrenti insorte in effetto polizza	L'Invalidità Permanente sarà il risultato di una valutazione complessiva
Assicurato affetto da invalidità derivanti da Malattie coesistenti insorte in effetto polizza	L'Invalidità Permanente derivante da ciascuna malattia coesistente sarà valutata singolarmente

Art. 6.6 – Liquidazione dell'indennizzo

La Società liquida l'Indennizzo entro 30 giorni dal definitivo accertamento dell'Invalidità Permanente, spettante all'Assicurato, o ai suoi eredi legittimi o testamentari, come previsto dagli Artt. 6.4 - *Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato* e 6.5 - *Criteri di Indennizzabilità Invalidità Permanente da Malattia*, salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto.

La liquidazione dell'Indennizzo avviene, in ogni caso, previa presentazione alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, previsti dal predetto all'Art. 6.4 - *Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato*.

In caso di ricorso all'arbitrato irrituale, di cui al successivo Art. 6.13 *Arbitrato irrituale*, la Società liquida l'indennizzo entro 30 giorni dall'esito della procedura.

Norme per la sezione Diaria da Ricovero

Art. 6.7 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

Per richiedere la Diaria da ricovero e l'Indennizzo delle spese pre e post ricovero, 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.

Per richiedere la Diaria da Ricovero, la Diaria da Convalescenza e l'Indennizzo delle spese pre e post Ricovero, in alternativa al sito internet, l'Assicurato può inviare a UniSalute S.p.A. **Rimborsi Clienti - Via Larga 8 - 40138 Bologna BO**, la seguente documentazione:

- modulo di denuncia del sinistro 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;
- fotocopia della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulta l'effettivo pagamento. Inoltre, l'Assicurato, se richiesto dalla Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

La documentazione deve essere inviata esclusivamente tramite servizio postale (sono esclusi gli invii tramite Corrieri).

Tutta la documentazione sanitaria relativa alle prestazioni precedenti e successive al Ricovero dovrà essere inviata insieme a quella dell'evento a cui si riferisce.

Per la corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute ha sempre la facoltà di richiedere anche gli originali della predetta documentazione.

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

Art. 6.8 – Liquidazione dell'indennizzo

La Società liquida entro 30 giorni dalla richiesta di rimborso, l'indennizzo spettante all'Assicurato come previsto dall'Art. 6.7 - *Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato*, salvo che non ricorra alcuno dei casi di non indennizzabilità previsti dal contratto. La liquidazione dell'Indennizzo avviene, in ogni caso, previa presentazione alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, previsti dal predetto all'Art. 6.7 - *Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato*.

In caso di ricorso all'arbitrato irrituale, di cui al successivo Art. 6.13 *Arbitrato irrituale*, la Società liquida l'indennizzo entro 30 giorni dall'esito della procedura.

Norme per la Sezione Assistenza Salute

Art. 6.9 - Denuncia del Sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato

L'Assicurato deve contattare immediatamente la Struttura Organizzativa di UniSalute S.p.A. per:

- comunicare la Prestazione di Assistenza richiesta;
- fornire alla Società, per il tramite della Struttura Organizzativa, ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare l'evento per il quale necessita la Prestazione di Assistenza;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla Prestazione di Assistenza (generalità, dettagli identificativi del contratto, ecc.).

Il mancato rispetto di questi obblighi può comportare la perdita del diritto alle prestazioni.

Art. 6.10 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza

Per i Servizi di consulenza previsti all'Art. 5.1 *Garanzia Base*, lettere a) e b), l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:

- Per chi chiama dall'Italia: (800.009956);
- per chi chiama dall'estero: +39 051.4161791

Per le prestazioni di Assistenza previste all'Art. 5.1 *Garanzia Base*, lettera c), d), e) e f), l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute ai seguenti numeri telefonici:

- Per chi chiama dall'Italia: da definire (800.212477);
- per chi chiama dall'estero: +39 051.6389048

Art. 6.11 - Pagamento delle Prestazioni

Sono a carico della Società i costi delle sole Prestazioni di Assistenza indispensabili ad aiutare l'Assicurato ad affrontare la situazione di difficoltà, fino al momento in cui tale difficoltà cessa e comunque entro i limiti e nel rispetto dei Massimali di spesa stabiliti dal contratto.

Sono a carico dell'Assicurato i costi eccedenti i limiti di spesa che la Società si impegna a tenere a proprio carico. L'Assicurato deve pagarli direttamente al soggetto che eroga materialmente la Prestazione di Assistenza.

Se l'Assicurato non accetta di pagare l'eccedenza, la Società fornisce la Prestazione di Assistenza solo nei limiti di quanto reso possibile dal Massimale previsto. In alternativa, la Società rimborsa la spesa da lui sostenuta per procurarsi autonomamente la Prestazione precedentemente richiesta alla Struttura Organizzativa, entro i limiti e i Massimali previsti da ciascuna Prestazione di Assistenza.

In tal caso l'Assicurato deve trasmettere l'originale dei documenti fiscali attestanti la relativa spesa.

La Società liquida esclusivamente le spese che l'Assicurato ha sostenuto se:

- siano state preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa/Struttura Organizzativa;
- siano conseguenti ad interventi richiesti dalle pubbliche autorità;
- le procedure da seguire per l'attivazione della Prestazione impediscono alla Società di pagarle direttamente al fornitore incaricato.

A tal fine la Struttura Organizzativa fornisce all'Assicurato tutte le indicazioni necessarie per l'istruzione della relativa pratica.

Se la Struttura Organizzativa ha autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di Assistenza, la Società rimborsa all'Assicurato le spese sostenute e autorizzate.

Il rimborso avviene entro 30 giorni:

- dal ricevimento della documentazione originale relativa alle spese sostenute da cui risulti l'effettivo pagamento o,
- dal risultato dell'arbitrato irrituale.

Norme per tutte le Sezioni

Art. 6.12 – Inadempimento dell'obbligo di avviso

Il mancato rispetto dell'obbligo di denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo come previsto dall'Art. 1915 del Codice Civile.

Art. 6.13 – Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro o sull'entità dell'Invalidità possono essere affidate tramite comunicazione scritta a un collegio di tre medici. Tali medici sono nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici con giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Se la richiesta di convocazione del Collegio Medico è fatta dall'Assicurato, la Società si obbliga ad aderire.

Il collegio medico risiede nel Comune italiano, sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono a carico della parte soccombente.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza, senza formalità di legge, e sono vincolanti per le parti. Queste rinunciano preventivamente ad impugnare la decisione, eccetto che per il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

In ogni caso Società e Contraente possono promuovere azioni legali per l'indennizzabilità del Sinistro. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in un verbale redatto in due copie, una per ognuna delle parti. Il verbale è valido anche se uno dei medici non lo sottoscrive.

Le decisioni del collegio medico sono vincolanti per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di

firmare il relativo verbale; tale rifiuto deve essere attestato dagli arbitri nel verbale definitivo. In relazione a quanto previsto nell'Art. 2.2 - *Determinazione dell'indennizzo*, i criteri ed i parametri per la liquidazione dell'indennizzo sono quelli di seguito elencati:

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori ecc., sono valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- disturbi del linguaggio;
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- disturbi della coscienza;
- disturbi episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- disturbi della statica e della marcia;
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il soggetto comprende l'eloquio, ma non può produrre un linguaggio appropriato; • il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari; • disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza; • disturbi episodici riferibili a sincopi, crisi epilettiche, convulsioni; • il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti; • presenza di attività vescicale e rettaleriflessa, con marcata riduzione del controllo volontario. 	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare; • il soggetto non può prendere cura di sé stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere; • disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente; • episodi sincopali e/o epilettiche /o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno; • il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare; • alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le tromboflebiti, ecc., sono valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- Classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart (NYHA): classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni; classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso; classe 3: a riposo i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso; classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;
- Pressione arteriosa;
- Efficacia della terapia medica e chirurgica;
- Criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;• soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;• oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica;• oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di angioplastica o di bypass coronarico;• oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;• oggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia antipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;• soggetto con persistenti aritmie non correggibile terapeuticamente, ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none">• soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;• soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;• soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente, e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia antipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;• soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;• soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

APPARATO RESPIRATORIO

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino quali ad esempio le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati:</p> <ul style="list-style-type: none">• FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;• FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA;• FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA <p style="text-align: right;">oppure</p> <ul style="list-style-type: none">• PaO₂ superiore all'80% del valore teorico.	<p>I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati:</p> <ul style="list-style-type: none">• FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;• FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;• FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA <p style="text-align: right;">oppure</p> <ul style="list-style-type: none">• PaO₂ inferiore al 65% del valore teorico.

APPARATO DIGERENTE

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficaci del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazione del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREASI postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e la perdita di peso determinata dalla malattia non supera il 10% del valore teorico e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.</p> <p>COLON, SIGMA E RETTO I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo (tre scariche diarroiche dia) e il trattamento prevede restrizioni alimentari ed una terapia farmacologica solo sintomatica.</p> <p>FEGATO I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica e non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica e i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.</p>	<p>ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS</p> <p>I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica nè dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.</p> <p>COLON, SIGMA E RETTO I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.</p> <p>FEGATO Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica e sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie di ascite o di sanguinamento da varici dal tubo digerente o di encefalopatia epatica e lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.</p>

APPARATO URINARIO

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Clearance creatinina superiore a 50 ml/min. oppure Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mmHg), senza adeguata terapia oppure sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.	Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min. oppure Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mmHg), non controllabile da adeguata terapia oppure sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

SISTEMA ENDOCRINO

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia in base ad esami di laboratorio oppure diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabetici dipendenti.	La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico oppure la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

SISTEMA ENDOCRINO

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficaci del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia in base ad esami di laboratorio oppure diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.	La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico oppure la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

SISTEMA EMATOPOIETICO E LINFATICO

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficaci del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25 %	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr. 10/100 ml., non necessita di emotrasfusioni oppure sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia oppure leucemia linfatica cronica in 1° stadio oppure leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.	Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiori a gr. 10/100 ml., con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane) oppure presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa oppure leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.

MALATTIE NEOPLASTICHE

I postumi di tutte le forme tumorali maligne o benigne con comportamento biologico aggressivo, che colpiscano qualsiasi organo, apparato o sistema, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- gli esiti obiettati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
 - la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.
- A. Se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'invalidità permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati.

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi con la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1588 Perdita e deterioramento della cosa locata

Il conduttore risponde della perdita e del deterioramento della cosa che avvengono nel corso della locazione, anche se derivanti da incendio, qualora non provi che siano accaduti per causa a lui non imputabile.

È pure responsabile della perdita e del deterioramento cagionati da persone che egli ha ammesse, anche temporaneamente, all'uso o al godimento della cosa.

Art. 1589 Incendio di cosa assicurata

Se la cosa distrutta o deteriorata per incendio era stata assicurata dal locatore o per conto di questo, la responsabilità del conduttore verso il locatore è limitata alla differenza tra l'indennizzo corrisposto dall'assicuratore e il danno effettivo.

Quando si tratta di cosa mobile stimata e l'assicurazione è stata fatta per valore uguale alla stima, cessa ogni responsabilità del conduttore in confronto del locatore, se questi è indennizzato dall'assicuratore.

Sono salve in ogni caso le norme concernenti il diritto di surrogazione dell'assicuratore.

Art. 1611 Incendio di casa abitata da più inquilini

Se si tratta di casa occupata da più inquilini, tutti sono responsabili verso il locatore del danno prodotto dall'incendio, proporzionatamente al valore della parte occupata. Se nella casa abita anche il locatore, si detrae dalla somma dovuta una quota corrispondente alla parte da lui occupata. La disposizione del comma precedente non si applica se si prova che l'incendio è cominciato dall'abitazione di uno degli inquilini, ovvero se alcuno di questi prova che l'incendio non è potuto cominciare nella sua abitazione.

Art. 1882 Nozione

L'assicurazione è il contratto col quale l'assicuratore, verso pagamento di un premio, si obbliga a rivalere l'assicurato, entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro, ovvero a pagare un capitale o una rendita al verificarsi di un evento attinente alla vita umana.

Art. 1888 Prova del contratto

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il contraente ha agito con dolo o con colpa grave.

L'assicuratore decade dal diritto d'impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al contraente di volere esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1897 Diminuzione del rischio

Se il contraente comunica all'assicuratore i mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione. La dichiarazione del recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato.

L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio. Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

Spettano all'assicuratore i premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.

Se il sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del

contratto; altrimenti, la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1899 Durata dell'assicurazione

L'assicurazione ha effetto dalle ore ventiquattro del giorno della conclusione del contratto alle ore ventiquattro dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso. L'assicuratore, in alternativa ad una copertura di durata annuale, può proporre una copertura di durata poliennale a fronte di una riduzione del premio rispetto a quello previsto per la stessa copertura del contratto annuale. In questo caso, se il contratto supera i cinque anni, l'assicurato, trascorso il quinquennio, ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di sessanta giorni e con effetto dalla fine dell'annualità nel corso della quale la facoltà di recesso è stata esercitata.

Il contratto può essere tacitamente prorogato una o più volte, ma ciascuna proroga tacita non può avere una durata superiore a due anni.

Le norme del presente articolo non si applicano alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1901 Mancato pagamento del premio

Se il contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il contraente paga quanto è da lui dovuto. Se alle scadenze convenute il contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.

Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risolto di diritto se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'Art. 1913, indicando a ciascuno il nome degli altri. L'assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente rimosse non superino l'ammontare del danno. L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un assicuratore insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 - Avviso all'assicurazione in caso di sinistro

L'assicurato deve dare avviso del sinistro all'assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di constatazione del sinistro. Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità. Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 1916 Diritto di surrogazione dell'assicuratore

L'assicuratore che ha pagato l'indennità è surrogato, fino alla concorrenza dell'ammontare di essa, nei diritti dell'assicurato verso i terzi responsabili.

Salvo il caso di dolo, la surrogazione non ha luogo se il danno è causato dai figli, dagli affiliati, dagli ascendenti, da altri parenti o da affini dell'assicurato stabilmente con lui conviventi o da domestici. L'assicurato è responsabile verso l'assicuratore del pregiudizio arrecato al diritto di surrogazione. Le disposizioni di questo articolo si applicano anche alle assicurazioni contro gli infortuni sul lavoro e contro le disgrazie accidentali.

Art. 1917 Assicurazione della responsabilità civile

Nell'assicurazione della responsabilità civile l'assicuratore è obbligato a tenere indenne l'assicurato di quanto questi, in conseguenza del fatto accaduto durante il tempo dell'assicurazione, deve pagare a un terzo, in dipendenza della responsabilità dedotta nel contratto. Sono esclusi i danni derivanti da fatti dolosi. L'assicuratore ha facoltà, previa comunicazione all'assicurato, di pagare direttamente al terzo danneggiato l'indennità dovuta, ed è obbligato al pagamento diretto se l'assicurato lo richiede.

Le spese sostenute per resistere all'azione del danneggiato contro l'assicurato sono a carico dell'assicuratore nei limiti del quarto della somma assicurata. Tuttavia, nel caso che sia dovuta al danneggiato una somma superiore al capitale assicurato, le spese giudiziali si ripartiscono tra assicuratore e assicurato in proporzione del rispettivo interesse. L'assicurato, convenuto dal danneggiato, può chiamare in causa l'assicuratore.

Di cosa hai bisogno?	A chi ti devi rivolgere?	Quali sono i recapiti?
Denuncia di un Sinistro <ul style="list-style-type: none"> Sezione Prevenzione e alta specializzazione Sezione Invalidità da Malattia Sezione Diaria da Ricovero 	Agenzia / Punto vendita Direzione UniSalute	Cerca il numero di telefono della Tua Agenzia/Punto vendita : <ul style="list-style-type: none"> sulla Polizza www.unipolsai.it sulla APP UnipolSai Direzione UniSalute Via Larga 8 - 40138 Bologna
Richiedere una Prestazione di Assistenza Salute	UniSalute	<u>Servizi di Consulenza</u> Centrale Operativa <ul style="list-style-type: none"> Per chi chiama dall'Italia: 800-009956 per chi chiama dall'estero: + 051.4161791 <u>Servizi di Assistenza</u> Struttura Organizzativa <ul style="list-style-type: none"> Per chi chiama dall'Italia: 800-212477 per chi chiama dall'estero: +39 051.6389048
Informazioni su prodotti e servizi	UnipolSai	Numero telefonico 848-800 074

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.



Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 7096584
 Capitale sociale i.v. Euro 2.031.456.338,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 00818570012 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 511469
 Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

INFORMATIVA PRIVACY

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

Gentile Cliente,

ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche “il Regolamento”), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali⁽²⁾, ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie (relative alla Sua affidabilità e puntualità nei pagamenti).

In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste (tra cui il rilascio del preventivo e la quantificazione del premio), per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo⁽³⁾, sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza⁽⁴⁾. Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si veda nota 7), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso⁽⁵⁾.

Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativi, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale a Lei

riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto ⁽⁶⁾.

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol⁽⁷⁾ a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁸⁾ (si veda anche nota 4).

COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati personali saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e custoditi con adozione di adeguate misure organizzative, tecniche e di sicurezza e conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni), nonché in caso di eventuali contestazioni e controversie, per i termini di prescrizione dei relativi diritti.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UnipolSai Assicurazioni S.p.A., al recapito privacy@unipolsai.it, oltre che per

l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati (si veda nota 8). Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo agente/intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; 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 e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.
- 2) Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti per la stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona, ma anche eventuali dati idonei a rivelare convinzioni religiose o filosofiche, opinioni politiche, appartenenza sindacale. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità autorizzate a livello normativo e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla nostra Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.
- 3) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico- tariffarie.
- 4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA - Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette come previsto dalla 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 con furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.
- 5) Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento

di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

- 6) 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.
- 7) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it
- 8) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UnipolSai Assicurazioni S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

