



la tua protezione



UnipolSai

SALUTE

SANICARD RINNOVO GARANTITO

FORMULA FRANCHIGIA

Contratto di Assicurazione Sanitaria a Rinnovo Garantito.

Modello 1264 - Ed. 15.03.2016

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

- a) Nota Informativa comprensiva del glossario
- b) Condizioni di assicurazione
- c) Informativa privacy

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

***UnipolSai Salute
Sanicard Rinnovo Garantito***

Formula Franchigia

Ed. 15.03.2016

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 10
1. Informazioni generali	2 di 10
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	2 di 10
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	3 di 10
3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni	3 di 10
4. Periodi di carenza contrattuali	4 di 10
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio Questionario sanitario	4 di 10
6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione	4 di 10
7. Premi	4 di 10
8. Adeguamento del Premio	5 di 10
9. Diritto di Recesso	5 di 10
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	5 di 10
11. Legge applicabile al contratto	5 di 10
12. Regime fiscale	5 di 10
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	6 di 10
13. Sinistri - Liquidazione dell'Indennizzo	6 di 10
14. Assistenza diretta - Convenzioni	6 di 10
15. Reclami	6 di 10
16. Arbitrato	7 di 10
GLOSSARIO	8 di 10

1 FORMULA FRANCHIGIA	2 di 26
2 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	6 di 26
2.1 Garanzie prestate	6 di 26
2.2 Massimale	6 di 26
2.3 Decorrenza della garanzia	6 di 26
2.4 Delimitazioni ed esclusioni	6 di 26
2.5 Facoltà di rinnovo alla scadenza contrattuale	7 di 26
2.6 Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione	7 di 26
3 ATTIVAZIONE DELLA GARANZIA "MALATTIA"	9 di 26
3.1 Centrale operativa	9 di 26
3.2 Modalità di utilizzo della copertura	9 di 26
3.3 Richiesta di Rimborso	10 di 26
3.4 Servizio di informazioni	10 di 26

4 CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	11 di 26
4.1 Estensione territoriale	11 di 26
4.2 Controversie - Arbitrato irrituale	11 di 26
4.3 Adeguamento del Premio in base all'età	11 di 26
4.4 Obbligo di restituzione delle somme erogate per spese non rientranti nelle garanzie	11 di 26
4.5 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro	11 di 26
4.6 Modifiche nei rapporti con i Centri Sanitari Convenzionati e con altri fornitori di Assistenza	12 di 26
4.7 Restituzione degli originali delle notule di spesa	12 di 26
4.8 Rinuncia dell'azione di rivalsa	12 di 26
5 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	13 di 26
5.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	13 di 26
5.2 Altre assicurazioni	13 di 26
5.3 Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia	13 di 26
5.4 Frazionamento del Premio	13 di 26
5.5 Pagamento Frazionato del Premio tramite servizio S.D.D.	13 di 26
5.6 Modifiche dell'Assicurazione	15 di 26
5.7 Aggravamento del rischio	15 di 26
5.8 Non facoltà di recesso in caso di Sinistro	15 di 26
5.9 Periodo di assicurazione	15 di 26
5.10 Non tacita proroga	15 di 26
5.11 Oneri Fiscali	15 di 26
5.12 Rinvio alle norme di legge	15 di 26
6 SERVIZIO ASSISTENZA	16 di 26
6.1 Garanzie e servizi prestati	16 di 26
6.2 Centrale operativa di UniSalute	16 di 26
6.3 Prestazioni	16 di 26
6.4 Delimitazioni ed esclusioni	21 di 26
ELENCO DEI GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	23 di 26

1

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di Assicurazione spese sanitarie “UnipolSai Salute Sanicard Rinnovo Garantito – Formula Franchigia” (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

Gentile Cliente,
siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni qualificate come “**Avvertenze**” sono stampate su fondo colorato, **in questo modo evidenziate** e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di Assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link

http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le altre modifiche del Fascicolo Informativo e quelle derivanti da future innovazioni normative.

Per ogni chiarimento, il Suo Agente/Intermediario assicurativo di fiducia è a disposizione per darLe tutte le risposte necessarie.

La Nota informativa si articola in tre sezioni:
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale: Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111
- telefax: 051.375349
- siti internet: www.unipolsai.com
- www.unipolsai.it
- indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- d) È 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; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2014, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.340.514.456,79, con capitale sociale pari ad € 1.996.129.451,62 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 2.592.797.831,51. L'indice di solvibilità (da in-

tendersi quale il rapporto fra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 1,72.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto non prevede il tacito rinnovo e, pertanto, cessa alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta.

Avvertenza: per gli aspetti in dettaglio si rinvia a quanto previsto dall'art. 5.10 "Non tacita proroga" delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio sul funzionamento del rinnovo garantito alla scadenza si rinvia a quanto previsto agli artt. 2.5 "Facoltà di rinnovo alla scadenza contrattuale" e 2.6 "Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione". (Avvertenza in retinato)

Si precisa inoltre che la Società ha affidato la gestione, trattazione e la liquidazione dei sinistri ad "UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 - Bologna BO".

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Il contratto offre una copertura Sanitaria per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni mediche e di degenza dovute dall'Assicurato nei casi di Ricovero, Day hospital o Intervento chirurgico senza Ricovero causati da Malattia o Infortunio, nonché l'erogazione di prestazioni di Assistenza in favore dell'Assicurato; le due coperture operano contemporaneamente e non sono sottoscrivibili in forma separata l'una dall'altra. Il contratto obbliga la Società, secondo le ipotesi e alle condizioni previste in Polizza, a stipulare un nuovo contratto alla scadenza pattuita indipendentemente dallo stato di salute dell'Assicurato.

- **Copertura Sanitaria:**

Nei Centri Sanitari Convenzionati la Società paga direttamente le suddette spese in nome

e per conto del Cliente ed il Massimale è indicato nella Scheda di polizza. I Massimali si intendono per persona, per Sinistro e per Anno assicurativo.

La Polizza viene proposta nella Formula Franchigia, articolata come segue:

- nei Centri Sanitari Convenzionati con Equipe medica convenzionata è previsto il pagamento diretto delle spese, però resta a carico dell'Assicurato una somma fino a € 1.500,00 per ogni Ricovero, Intervento chirurgico o Day hospital;
- nei Centri Sanitari Convenzionati con Equipe medica non convenzionata è previsto il pagamento diretto delle spese relative al Centro Sanitario Convenzionato previa deduzione della Franchigia fino a € 1.500,00 che resta a carico dell'Assicurato, e il rimborso dell'80% delle spese sostenute per l'Equipe medica non convenzionata con un minimo di € 1.000,00 e un massimo di € 4.500,00 a carico dell'Assicurato;
- nei Centri Sanitari non convenzionati è previsto il Rimborso dell'80% delle spese sostenute, con uno Scoperto minimo pari a Euro 3.000,00 e massimo di Euro 6.000,00.

Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto al capitolo "Formula FRANCHIGIA".

- **Copertura Assistenza:**

Garantisce all'Assicurato a tutela della sua persona prestazioni di aiuto immediato (quali l'invio di personale medico, l'invio di un'ambulanza, il trasferimento da e verso il centro di cura e varie altre) secondo quanto indicato al capitolo 6 "Servizio Assistenza" delle Condizioni di Assicurazione.

Avvertenza: le coperture assicurative sopra elencate hanno limitazioni ed esclusioni di operatività o condizioni di sospensione delle stesse che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo; per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto all'interno dei suddetti capi-

toli, nonché dei capitoli 2 “Oggetto dell’Assicurazione”, 4 “Condizioni Generali di Assicurazione” e 5 “Norme che regolano l’Assicurazione in generale”.

Avvertenza: alle coperture assicurative sopra elencate sono applicati limiti massimi di Indennizzo, nonché Scoperti (espressi in percentuale del danno indennizzabile, con minimo e/o massimo in Euro) e Franchigie (esprese in cifra fissa) che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell’Indennizzo. La Franchigia prevista dalla polizza è “assoluta”, cioè viene in ogni caso detratta dall’Indennizzo riconosciuto all’Assicurato. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto nelle condizioni di Assicurazione all’interno dei suddetti capitoli e nella Scheda di polizza che verrà sottoscritta dal Contraente in caso di stipulazione della Polizza.

Esempio di Scoperto con minimo e massimo in Euro: spesa sanitaria in Centro Sanitario non convenzionato pari a € 10.000,00, Rimborso 80% (quindi Scoperto 20%) minimo € 3.000,00 massimo € 6.000,00, Indennizzo corrisposto € 7.000,00; spesa sanitaria in Centro Sanitario non convenzionato pari a € 5.000,00, Rimborso 80% (quindi Scoperto 20%) minimo € 3.000,00 massimo € 6.000,00, Indennizzo corrisposto € 2.000,00.

Esempio di Franchigia assoluta: spesa sanitaria in Centro Sanitario Convenzionato con Equipe medica Convenzionata pari a € 10.000,00, Franchigia pari a € 1.500,00, Indennizzo corrisposto € 8.500,00.

Esempio di Franchigia assoluta e di Scoperto con minimo e massimo in Euro: spesa sanitaria pari a € 10.000,00 di cui € 5.000,00 per Centro Sanitario Convenzionato ed € 5.000,00 per Equipe medica non convenzionata, Franchigia pari a € 1.500,00 sul Centro Sanitario Convenzionato e Rimborso 80% (quindi Scoperto 20%) minimo € 1.000,00 massimo € 4.500,00 dell’Equipe medica non convenzionata, Indennizzo corrisposto € 7.500,00.

Esempio di limite di Indennizzo: degenza a

seguito di Ricovero per Malattia o Infortunio pari a 150 giorni, diaria giornaliera pari a € 75,00, limite di Indennizzo pari a 100 giorni, Indennizzo corrisposto € 7.500,00 (100 giorni x 75,00).

4. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza: Il contratto prevede un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l’eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun indennizzo. La carenza varia a seconda dell’evento denunciato dall’Assicurato. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall’art. 2.3 “Decorrenza della garanzia”.

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

Avvertenza: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare la perdita del diritto all’Indennizzo o la sua riduzione e gli altri effetti previsti dagli artt. 1892, 1893 e 1894 del codice civile. Per gli aspetti di maggiore dettaglio si rinvia a quanto previsto dall’art. 5.1 “Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio”.

Avvertenza: è necessario che l’Assicurato risponda in maniera precisa e veritiera alle domande previste dal Questionario sanitario, che forma parte integrante della Polizza.

Avvertenza: il contratto non prevede cause di nullità.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

Il contratto non prevede ipotesi di aggravamento o diminuzione del rischio, né variazioni nella professione dell’Assicurato. In proposito si rinvia a quanto previsto dall’art. 5.7 “Aggravamento del Rischio”.

7. Premi

La periodicità di pagamento del Premio è annuale.

Il Premio può essere corrisposto in con-

tanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'art. 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario. Previo accordo della Società il Premio annuo può essere frazionato in rate mensili con addebito diretto su conto corrente tramite procedura automatica (previo pagamento anticipato di una somma pari a tre dodicesimi - più eventuale frazione di mese - del Premio annuo lordo all'atto del perfezionamento del contratto). In alternativa il Premio annuo può essere frazionato in rate semestrali senza addebito diretto su conto corrente, oppure può essere corrisposto in un'unica soluzione al momento della stipulazione e successivamente ad ogni scadenza annuale.

L'eventuale frazionamento è indicato nella Scheda di polizza.

Avvertenza: Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto. Se il contratto è stipulato con durata poliennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Scheda di polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale (art. 1899, 1° comma, del codice civile).

8. Adeguamento del Premio

Il Premio è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato. Per gli aspetti di maggiore dettaglio - in particolare per la tabella esplicativa della misura dell'adeguamento a seconda dell'età - si rinvia a quanto previsto dall'art. 4.3 "Adeguamento del Premio in base all'età".

9. Diritto di recesso

Avvertenza: In caso di Sinistro le parti non hanno la facoltà di recedere dal contratto, ai sensi dell'art. 5.8 "Non facoltà di recesso in caso di Sinistro". Resta fermo quanto previsto agli artt. 2.6 "Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione" e 5.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle Condizioni di Assicurazione. Se il contratto è stato stipulato con durata

pluriennale, e solo se ha durata superiore a cinque anni, il Contraente ha facoltà di recedere trascorsi i cinque anni, senza oneri e con preavviso di sessanta giorni (Art. 1899, 1° comma, del Codice Civile). Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza. Per gli aspetti di maggior dettaglio si rinvia a quanto previsto all'art. 5.9 delle Norme che regolano l'Assicurazione in generale.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice Civile i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, 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.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia di Sinistro, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile, può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.

L'omessa comunicazione da parte del Contraente e/o dell'Assicurato dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre Assicurazioni per il medesimo Rischio assicurato dalla presente, se commessa con dolo, determina la decadenza del diritto al Risarcimento.

11. Legge applicabile al contratto

Ai sensi dell'art. 180 del D. Lgs. N. 209/2005 il contratto sarà soggetto alla 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.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Il contratto prevede due diverse garanzie, per ciascuna delle quali il relativo Premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) Malattia: 2,50%;
- b) Assistenza: 10%.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo

Avvertenza: per l'Assicurazione "Malattie" per data del Sinistro s'intende il primo giorno di Ricovero o del Day hospital o il giorno dell'Intervento chirurgico senza Ricovero.

Relativamente alle garanzie "Accertamenti diagnostici senza ricovero" e "Prevenzione" per data del Sinistro si intende il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al primo accertamento.

Per la garanzia "Assistenza" il Sinistro si intende avvenuto al manifestarsi di una situazione di difficoltà a seguito di Infortunio/ Malattia tra quelli previsti in Polizza.

Il Contraente/Assicurato deve dare avviso del Sinistro contattando la Centrale Operativa o, per le richieste di rimborso di spese sanitarie o di pagamento della diaria sostitutiva, compilando e inviando a UniSalute, l'apposito modulo di richiesta. L'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici necessari, nonché di fornire ogni informazione e Documentazione sanitaria. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura liquidativa si rinvia a quanto previsto al capitolo 3 "Attivazione della garanzia Malattia" e all'art. 4.5 "Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro".

Avvertenza: Relativamente ai Sinistri del ramo Assistenza la gestione viene affidata dalla Società a UniSalute. Per gli aspetti di maggiore dettaglio sull'intera procedura si rinvia a quanto previsto all'art. 6.2 "Centrale operativa di UniSalute".

14. Assistenza diretta – Convenzioni

Avvertenza: il contratto prevede l'utilizzo

da parte dell'Assicurato di Centri sanitari e/o Equipe mediche convenzionati, con pagamento diretto delle spese da parte della Società; in caso contrario la Società rimborserà le spese sostenute dall'Assicurato, entro i limiti indicati in Scheda di polizza. Per gli aspetti di maggiore dettaglio su tutte le prestazioni sopra elencate si rinvia a quanto previsto al capitolo "Formula FRANCHIGIA". Per l'attivazione della procedura di utilizzo delle prestazioni in regime di convenzione si rinvia a quanto

illustrato al punto 13 "Sinistri – Liquidazione dell'Indennizzo" della presente Nota. L'elenco aggiornato dei Centri Sanitari Convenzionati è reperibile sul sito Internet www.unisalute.it.

15. Reclami

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti
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

Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, telefono

06.42.133.1.

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

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

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

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.

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

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

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di

mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di arbitrato di cui al punto seguente.

16. Arbitrato

Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale secondo la procedura definita all'Art. 4.2 "Controversie - Arbitrato irrituale".

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche qualora questi non sia Contraente.

Avvertenza: resta salva la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi e di rivolgersi all'Autorità giudiziaria nei casi previsti dalla legge.

GLOSSARIO

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

Anno

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

Assicurazione

Contratto di assicurazione.

Assicurato

La persona per la quale è prestata l'Assicurazione.

Assistenza

L'Assicurazione rientrante nel ramo 18 di cui all'Art.2, comma 3, del D. lgs. 7 settembre 2005, n. 209, che consiste nell'offrire all'Assicurato una prestazione di immediato aiuto al seguito del verificarsi di un evento fortuito, entro i limiti convenuti nel contratto.

Centrali Operative

- 1) Per l'Assicurazione "Malattia": struttura di UniSalute che, durante l'orario 8,30-19,30 dal Lunedì al Venerdì, per conto della Società gestisce i servizi relativi all'Assicurazione "Malattia".
- 2) Per l'Assicurazione "Assistenza": struttura di UniSalute, costituita da Medici, tecnici, operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che per conto della Società provvede ad erogare le prestazioni dell'Assicurazione "Assistenza".

Centri Sanitari Convenzionati

Strutture sanitarie (Ospedali, Cliniche, Ambulatori Medici, Centri diagnostici) convenzionate con la Società o con altre società specializzate del Gruppo Unipol in Italia e all'Estero, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di Polizza.

Condizioni Patologiche Preesistenti

Qualsiasi conseguenza di Infortunio, Malattia, malformazione o stato patologico, congeniti o no, conosciuti e/o diagnosticati antecedentemente

alla data di validità della presente Polizza di Assicurazione.

Contraente

La persona fisica o giuridica che stipula l'Assicurazione.

Day hospital

La degenza diurna, con posto letto senza pernottamento, per prestazioni chirurgiche e mediche che siano:

- riferite a terapie (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva);
- documentate da cartella clinica;
- praticate in ospedale, cliniche, o strutture all'uopo autorizzate.

Documentazione Sanitaria

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

Emergenza

Una situazione patologica insorta improvvisamente, per Malattia o Infortunio, che richieda, nello stesso luogo in cui si è manifestata, una assistenza medica o chirurgica immediata e non differibile con ricorso a un Pronto Soccorso ospedaliero, seguito o meno da ospedalizzazione.

Equipe medica convenzionata

Medici che assistono l'Assicurato durante il Ricovero e/o Medici e paramedici partecipanti allo stesso Intervento chirurgico, convenzionati con la Società in Italia e all'Estero, che forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla Società, in nome e per conto dell'Assicurato, nei limiti di Polizza.

Farmaco

Sostanza terapeutica inserita nella Farmacopea Ufficiale. Sono esclusi i medicinali omeopatici.

Fascicolo Informativo

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

Formula

Tipo di garanzia scelta dal Contraente e indicata nella Scheda di polizza.

Franchigia

La parte di danno indennizzabile che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato espressa in importo fisso. Qualora venga espressa in giorni è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Grande Intervento Chirurgico

Gli interventi elencati nella specifica sezione delle condizioni di Assicurazione.

Indennizzo/Rimborso

La somma dovuta dalla Società a termini di Polizza in caso di Sinistro.

Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico

L'insieme degli atti operatori (compresa la riduzione di fratture) finalizzati a risolvere una situazione patologica conseguente a Malattia o Infortunio.

Istituto di cura

L'Ospedale pubblico, la Clinica o la Casa di Cura privata regolarmente autorizzata a fornire assistenza sanitaria ospedaliera, esclusi stabilimenti termali, case di convalescenza e di soggiorno, istituti per la cura della persona ai fini estetici e/o dietetici, case di riposo, alberghi od istituti per il recupero o mantenimento della forma fisica, cliniche del "benessere".

IVASS

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

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da Infortunio.

Massimali

Somme massime che l'assicuratore è tenuto a pagare per Assicurato, per Sinistro e per Anno assicurativo.

Medico

Professionista laureato in medicina e chirurgia e abilitato all'esercizio della professione conformemente con quanto previsto dalle normative vigenti dello Stato ove ha luogo la prestazione sanitaria.

Nucleo familiare

Persone che compongono la famiglia del Contraente, anche se non a carico, purché conviventi e identificate in Scheda di polizza nella voce "Persone assicurate".

Pagamento diretto

Il pagamento che la Società, in nome e per conto dell'Assicurato (così esonerato al rispettivo anticipo), effettua nei confronti del Centro Sanitario Convenzionato e dell'Equipe medica convenzionata per le prestazioni previste.

Periodo assicurativo - Annualità assicurativa

In caso di contratto di durata pari a 365 giorni, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alla scadenza del contratto stesso.

In caso di contratto di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto del contratto e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.

Polizza

Il documento probatorio del contratto di Assicurazione ai sensi dell'articolo 1888 del Codice Civile.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'Assicurazione.

Questionario sanitario

Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà, e che costituisce parte integrante della Polizza.

Ricovero

La degenza, risultante dalla cartella clinica, comportante almeno un pernottamento in Istituto di cura.

Scheda di polizza

Documento che prova l'Assicurazione.

Scoperto

La parte del danno indennizzabile/rimborsabile a termini di Polizza, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro

Relativamente alla garanzia "Malattie": per Sinistro si intende il Ricovero, il Day hospital, l'Intervento chirurgico senza Ricovero, verificatosi in conseguenza di uno degli eventi previsti dalle prestazioni assicurative. Per data del Sinistro s'intende il primo giorno di Ricovero o del Day hospital o il giorno dell'Intervento chirurgico senza Ricovero.

Relativamente alla garanzia "Accertamenti diagnostici senza ricovero":

per Sinistro si intende il complesso degli accertamenti diagnostici relativi a Malattia o Infortunio ai quali l'Assicurato si sottopone nel corso di una annualità assicurativa. Per data del Sinistro si intende il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al primo accertamento.

Relativamente alla garanzia "Prevenzione": per Sinistro si intende il complesso degli esami, elencati nelle condizioni di Assicurazione, ai quali l'Assicurato si sottopone in un'unica soluzione una volta all'anno. Per data del Sinistro si intende il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al complesso degli esami.

Società

L'impresa assicuratrice, UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Termini di aspettativa

Il periodo che intercorre tra la decorrenza del contratto e la decorrenza della garanzia assicurativa.

UniSalute

La compagnia 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, nonché l'erogazione delle prestazioni di Assistenza.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

Ed. 15/03/2016

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
L'Amministratore Delegato
(Carlo Cimbrì)



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it
tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349 - Capitale Sociale iv. Euro 2.031.454.951,73 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario 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 dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Unipol
GRUPPO

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

A.1 - GARANZIE PRESTATE

La Società, nei casi di:

- Ricovero, con o senza Intervento chirurgico, reso necessario da Malattia e/o Infortunio;
- Intervento chirurgico senza Ricovero, reso necessario da Malattia e/o Infortunio;
- Ricovero per aborto spontaneo o terapeutico;
- Day hospital reso necessario da Malattia e/o Infortunio;

assicura, secondo le modalità ed i limiti previsti dall'art. A.2 e fino alla concorrenza del Massimale convenuto nella Scheda di polizza nel caso in cui l'Assicurato abbia utilizzato o meno Centri Sanitari Convenzionati, l'Indennizzo/Rimborso relativo alle seguenti spese riconosciute:

- a) per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi compresi gli apparecchi terapeutici e le endoprotesi applicati durante l'intervento);
- b) relative al periodo di Ricovero per assistenza medica, infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, Farmaci ed esami purché esclusivamente riferite alla causa del Ricovero ospedaliero;
- c) per rette di degenza;
- d) per il trasporto dell'Assicurato come previsto dall'Assicurazione "Assistenza". In caso di trasporto dell'Assicurato con autoambulanza o unità coronarica mobile, non gestito attraverso la garanzia "Assistenza", verranno rimborsate le spese sostenute nel limite di Euro 600,00 per Sinistro; limite elevato ad Euro 6.000,00 se il trasporto avviene in eliambulanza;
- e) per rette di vitto e pernottamento in Isti-

tuto di cura di un eventuale accompagnatore dell'Assicurato;

- f) per prestazioni sanitarie rese necessarie nell'eventualità in cui l'Assicurato necessiti di trapianto di organi. Nel caso in cui il trapianto venga effettuato da donatore vivente, le spese previste dal presente art. A.1, relative all'intervento di espianto, sono riconosciute anche al donatore;
- g) per l'acquisto di apparecchi protesici, fino ad un massimo di Euro 3.000,00 per persona, nei 360 giorni successivi ad un Sinistro verificatosi durante il periodo di validità della garanzia che abbia comportato perdite anatomiche o funzionali;
- h) per accertamenti diagnostici, compresi gli onorari medici, effettuati anche fuori dall'ospedale o dalla casa di cura, nei 120 giorni precedenti al Ricovero (escluso il Day hospital) o all'Intervento chirurgico senza Ricovero;
- i) sempreché relative alla causa che ha determinato il Sinistro, per esami clinici, per l'acquisto di Farmaci, per prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, per trattamenti fisioterapici e rieducativi, per cure termali escluse le spese di natura alberghiera, sostenute nei 120 giorni successivi alle dimissioni dal Ricovero (escluso il Day hospital) o dall'Intervento chirurgico senza Ricovero. Tale limite si intende elevato a 180 giorni in caso di cancro, leucemia, infarto miocardico acuto, Grande Intervento Chirurgico.

GARANZIE SPECIALI

1) Accertamenti diagnostici senza Ricovero

La Società, nel caso di Malattia (presunta o accertata) o di Infortunio, documentati da certificazione medica, assicura fino alla con-

correnza del Massimale di Euro 5.000,00 per ogni Assicurato e per Anno assicurativo, il pagamento delle spese per gli accertamenti diagnostici secondo le modalità previste dall'art.A.2 lettera f). Sono escluse dalla presente garanzia le spese relative a:

- esami del sangue, delle urine e delle feci;
- mineralogia e densimetria ossea computerizzata (MOC e DOC) e Pap Test;
- visite mediche generiche e specialistiche di ogni natura.

Restano comunque operanti le garanzie previste dall'art. A.1, lettere h) e i).

L'Assicurazione di cui alla presente garanzia speciale è operante quando l'Assicurato si sia rivolto, per ottenere le suddette prestazioni, a Centri Sanitari Convenzionati con la Società, Centri Sanitari non convenzionati, a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionato con esso, a Centri Sanitari esteri per situazioni di Emergenza.

2) Ricovero per parto

La Società, nel caso di Ricovero per parto, assicura fino alla concorrenza del Massimale di:

- Euro 1.000,00 per ogni persona e per Anno assicurativo, in caso di parto fisiologico
- Euro 3.000,00 per ogni persona e per Anno assicurativo, in caso di parto cesareo

il pagamento delle spese sostenute esclusivamente per le prestazioni previste ai punti a), b), c), d), e) del precedente art. A.1. La presente garanzia non prevede il Pagamento diretto ai Centri Sanitari Convenzionati e pertanto è prestata esclusivamente a Rimborso senza applicazione di Franchigia. In alternativa al Rimborso delle suddette spese e su richiesta dell'Assicurato la Società provvede a corrispondere la diaria sostitutiva nei limiti e per l'importo indicato al successivo punto 3) delle Garanzie Speciali.

3) Diaria sostitutiva

La Società, incaso di Ricovero o Day hospital resi necessari da Malattia e/o Infortunio,

provvede a corrispondere all'Assicurato la diaria sostitutiva di Euro 75,00 per ogni giorno di Ricovero o di Euro 35,00 per ogni giorno di Day hospital, con un massimo di 100 giorni per persona e per Anno assicurativo, nel caso in cui l'Assicurato non usufruisca delle prestazioni previste ai punti a), b), c), e) del precedente art. A.1.

La giornata di entrata e quella di uscita dall'Istituto di cura sono considerate complessivamente una sola giornata qualunque sia l'ora del Ricovero e della dimissione. La Diaria sostitutiva in questione non compete in relazione alla garanzia speciale Ricovero del neonato.

4) Prestazioni sanitarie sul nascituro

Qualora, durante il Ricovero della madre indennizzabile ai sensi di Polizza, si rendessero necessarie prestazioni sanitarie effettuate sul nascituro per sospette o manifeste Malattie o malformazioni dello stesso, la Società assicura tali spese con gli stessi limiti di Massimale e di copertura pattuiti per la madre e semprechè per la stessa sia stato pagato il relativo Premio. L'amniocentesi e la villocentesi devono intendersi escluse.

5) Ricovero del neonato

Qualora, a seguito di parto indennizzabile ai sensi di Polizza, si rendesse necessario per il neonato nei primi due anni di vita un Ricovero per Malattia anche congenita e/o Infortunio, la Società assicura, con gli stessi limiti di Massimale e di copertura pattuiti per la madre e semprechè per la stessa sia stato pagato il relativo Premio nel corso del biennio, le spese conseguenti a tale Ricovero.

6) Prevenzione

La Società, tramite UniSalute, e a parziale deroga dell'art. 2.4 "Delimitazioni ed esclusioni", provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni devono essere effettuate in

un'unica soluzione e vengono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

Prestazioni previste per gli uomini

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Visita Urologica + PSA (oltre i 40 anni)

Prestazioni previste per le donne

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES
- Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- Feci: Ricerca del sangue occulto
- Visita Ginecologica + Pap-Test (oltre i 40 anni)

A.2 - CRITERI DI LIQUIDAZIONE

La Società, nei limiti sotto indicati, provvede:

- a) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con Equipe medica convenzionata, previa deduzione della Franchigia di Euro 1.500,00 per ogni Ricovero, Intervento chirurgico o Day hospital:
 - a pagare direttamente al Centro Sanitario e all'Equipe medica convenzionata l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni garantite ai punti h) ed i) del precedente art. A.1;
- b) nel caso di utilizzo di Centri Sanitari Convenzionati con Equipe medica non convenzionata, previa deduzione della Franchigia di Euro 1.500,00 per ogni Ricovero, Intervento chirurgico o Day hospital:
 - a pagare direttamente l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute presso il Centro Sanitario Convenzionato o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
 - a rimborsare all'Assicurato nella misura dell'80% le spese sostenute per l'Equipe medica non convenzionata, con un minimo di Euro 1.000,00 ed un massimo di Euro 4.500,00 a carico dell'Assicurato;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni garantite ai punti h) ed i) del precedente art. A.1;
- c) nel caso di utilizzo, per scelta dell'Assicurato, di Centri Sanitari non convenzionati con la Società a rimborsare all'Assicurato nella misura dell'80% tutte le spese riconosciute e dallo stesso sostenute con un minimo di Euro 3.000,00 ed un massimo di Euro 6.000,00 a carico dell'Assicurato;
- d) a rimborsare all'Assicurato, previa dedu-

- zione della Franchigia di Euro 1.500,00 per ogni Ricovero, Intervento chirurgico o Day hospital, le spese eccedenti sostenute in proprio quando lo stesso si sia rivolto, anziché a Centri Sanitari Convenzionati, a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso, nel rispetto delle norme di legge e dei regolamenti locali, o si sia avvalso dell'assistenza sanitaria diretta o indiretta di mutue private;
- e) a rimborsare all'Assicurato, previa deduzione della Franchigia di Euro 1.500,00 per ogni Ricovero, Intervento chirurgico o Day hospital le spese sostenute in proprio quando lo stesso debba ricorrere a Centri Sanitari non convenzionati con la Società, per Emergenza o per particolari necessità mediante accordo preventivo, in quest'ultimo caso, con la Società;
- f) per quanto si riferisce alla garanzia speciale 1) "Accertamenti diagnostici senza ricovero":
- a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative all'assistenza ricevuta;
 - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute presso Centri Sanitari non convenzionati con l'applicazione di uno Scoperto del 20% ed un minimo non indennizzabile di Euro 60,00 per ogni Accertamento diagnostico;
 - a rimborsare gli eventuali tickets previsti dalla legge quando l'Assicurato sia ricorso a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso;
 - a rimborsare le spese sostenute all'estero dall'Assicurato per situazioni di Emergenza, anche in Centri Sanitari non convenzionati con la Società;
- g) per quanto si riferisce alla garanzia speciale 6) "Prevenzione" a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.

Art. 2.1 Garanzie prestate

La Società, dietro il pagamento del relativo Premio, presta le garanzie prescelte dal Contraente nella Scheda di polizza e descritte nella Formula prescelta.

Art. 2.2 Massimale

Il Massimale annuo assicurativo per il complesso delle prestazioni previste dalle "Spese riconosciute" è indicato nella Scheda di polizza.

Art. 2.3 Decorrenza della garanzia

La garanzia decorre per:

- a) gli Infortuni, dal giorno in cui ha effetto l'Assicurazione;
- b) le Malattie, dal 30-esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'Assicurazione;
- c) l'aborto spontaneo e terapeutico e per le malattie dipendenti dalla gravidanza e per le prestazioni sanitarie sul nascituro, dal 30-esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;
- d) il parto, dal 300-esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'Assicurazione.

Qualora il contratto sia stato emesso in sostituzione/rinnovo, senza soluzione di continuità, di altro contratto analogo della Società riguardante gli stessi Assicurati, i termini di cui sopra operano soltanto in relazione alle nuove garanzie e/o alle maggiori somme previste dal nuovo contratto. La presente disposizione vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 2.4 Delimitazioni ed esclusioni

L'Assicurazione "Malattia", fermo quanto previsto dalla Formula prescelta dal Contraente, non è comunque operante per:

- a) gli Infortuni, le Malattie e le Condizioni patologiche preesistenti, nonché le

conseguenze dirette o indirette da essi derivanti, sottaciuti alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave, fermo quanto previsto dall'articolo 5.1;

- b) le Malattie in atto e conosciute, anche se dichiarate, al momento della stipulazione della Polizza, nonché le conseguenze di Infortuni verificatisi prima della data di stipula della Polizza. La presente esclusione non è operante per:
 - le Polizze emesse in fase di rinnovo garantito, relativamente a quelle patologie manifestatesi successivamente alla stipula della prima Polizza che prevedeva il rinnovo garantito;
 - gli eventuali Infortuni e Malattia riportati nelle dichiarazioni sullo stato di salute dell'Assicurato e accettati dalla Società.
- c) l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, intendendosi per tali un'anomalia di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata prima della stipulazione;
- d) gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- e) le malattie mentali, le sindromi organiche cerebrali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;
- f) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato;
- g) gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- h) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti e gli infortuni derivanti dalla pratica di sport esercitati a livello professionistico;
- i) la diagnostica, la terapia e ogni prestazio-

- ne inerente a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- l) la liposuzione e le prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Malattia e/o Infortunio, e di stomatologia ricostruttiva, compreso l'apparato dentario, solo se reso necessario da Infortunio documentato);
 - m) le visite e terapie con finalità estetica nonché le diete aventi finalità estetica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la medicina non convenzionale;
 - n) i check-up di medicina preventiva;
 - o) le prestazioni non effettuate da Medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni di legge vigenti;
 - p) le cure dentarie ed ortodontiche e delle parodontopatie e le forniture di protesi dentarie quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
 - q) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto;
 - r) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.
 - s) le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Nei confronti degli Assicurati che abbiano compiuto il 65-esimo anno di età la garanzia per le malattie croniche è prestata, per persona e ciascun Anno assicurativo, fino ad un

massimo di sessanta giorni di Ricovero, anche non consecutivi, compreso il Day hospital quando previsto dalla garanzia prescelta.

Art. 2.5 Facoltà di rinnovo alla scadenza contrattuale

Il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla sua scadenza naturale. Salvo quanto indicato all'art. 2.6, "Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione" la Società su richiesta del Contraente si obbliga a rinnovare l'Assicurazione nella formula originariamente prescelta. Il Contraente dovrà sottoscrivere il nuovo contratto o richiederne il rinnovo per iscritto alla Società entro e non oltre i 30 giorni successivi alla scadenza del presente contratto.

Le condizioni di Assicurazione e il Premio applicati al nuovo contratto saranno quelli vigenti al momento della nuova sottoscrizione per i prodotti della Linea **UnipolSai Salute Sanicard Rinnovo Garantito** o analoga linea eventualmente commercializzata. L'Assicurazione verrà rinnovata con le eventuali limitazioni di garanzia già in corso indipendentemente dalle eventuali modifiche delle condizioni sanitarie dell'Assicurato.

Art. 2.6 Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione

La Società non è obbligata a contrarre nuovamente l'Assicurazione in caso di:

- a) mancato esercizio della facoltà di rinnovo da parte del Contraente entro i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto;
- b) richiesta del Contraente di non rinnovare l'Assicurazione anche per una sola delle persone già assicurate, salvo il caso in cui l'Assicurazione riguardi un Nucleo familiare e l'Assicurato per il quale si richiede la cessazione non ne faccia più parte. In tal caso, la Società è obbligata a contrarre anche con il predetto Assicurato se questo ne fa richiesta entro i 30 giorni successivi alla scadenza del contratto;
- c) cessato esercizio del ramo malattie da parte della Società;

- d) Sinistro verificatosi nei primi 2 anni decorrenti dalla data di effetto del contratto. In questo caso la Società dovrà comunicare, dopo la denuncia di Sinistro e fino al 60-esimo giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, l'intenzione di non rinnovare il contratto, alla sua naturale scadenza indicata nella Scheda di polizza, mediante lettera raccomandata. In tal caso il Contraente potrà recedere dall'Assicurazione relativamente alla sola persona sinistrata o all'intero contratto entro 30 giorni dal ricevimento di tale comunicazione, e la Società provvederà alla restituzione della quota parte di Premio versato e non goduto al netto delle imposte. Qualora il contratto in questione sia stato emesso in sostituzione o in rinnovo, senza soluzione di continuità, di altro contratto denominato **Rinnovo Garantito** per gli stessi Assicurati già presenti in garanzia con la stessa Formula, i termini per la determinazione del biennio decorrono dalla data di effetto del contratto originario.
- e) compimento del 80° anno d'età dell'Assicurato. Nel caso in cui l'Assicurazione riguardi una pluralità di Assicurati il rinnovo potrà essere richiesto per gli Assicurati che non abbiano raggiunto il limite d'età sopra indicato.

Le disposizioni di cui alla presente lettera non sono applicabili per il rinnovo di contratti Sanicard Rinnovo Garantito stipulati prima dell'aprile 2009; qualora si siano succeduti senza soluzione di continuità più contratti denominati **Rinnovo Garantito**, la data di stipula da prendere in considerazione è quella relativa al primo contratto sottoscritto.

La Società ha affidato la gestione, trattazione e liquidazione del Sinistro a UniSalute S.p.A.

Art. 3.1 Centrale operativa

In caso di necessità la Centrale Operativa interviene su chiamata dell'Assicurato per gestire l'Assicurazione "Malattia" e fornire i servizi a norma degli articoli previsti dalle condizioni di Assicurazione.

La Centrale è in funzione tutti i giorni lavorativi, durante l'orario 8,30-19,30 dal Lunedì al Venerdì, con le seguenti modalità:

- a) chiamate dall'Italia
L'Assicurato dovrà utilizzare il Numero Verde: 800-903063 Fax: 051-7096862
- b) chiamate dall'estero
L'Assicurato da qualunque Paese estero dovrà utilizzare il seguente numero telefonico: 051-4161791 preceduto dal prefisso internazionale per l'Italia (+39).

Art. 3.2 Modalità di utilizzo della copertura

a) Se l'Assicurato intende usufruire del Pagamento diretto in regime di convenzione sia del Centro Sanitario che dell'Equipe medica, è tenuto a:

- ottenere la prescrizione medica relativa alla prestazione richiesta compilata dal Medico curante;
- telefonare sempre e preventivamente alla Centrale Operativa, almeno due giorni lavorativi prima (salvo il caso di urgenza) della data presunta di ingresso nel Centro Sanitario Convenzionato, per ottenere l'attivazione della garanzia

La Centrale Operativa, dopo aver accertato la regolarità assicurativa - eventualmente anche richiedendo all'Assicurato altra documentazione medica (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) - autorizzerà la prestazione. Al momento dell'accesso al Centro Convenzionato l'Assicurato deve consegnare l'originale

della certificazione medica riportante la diagnosi. Al momento della dimissione l'Assicurato salda solo le spese non indennizzabili in base alle condizioni di Polizza e quelle non inerenti alle patologie per le quali sia stato concesso il benestare. La Società paga in nome e per conto dell'Assicurato le altre spese. Nel caso in cui la Centrale Operativa sulla base delle informazioni ricevute ritenga che la prestazione non sia Indennizzabile in base alle condizioni contrattuali, comunica la decisione al Centro Sanitario e all'Assicurato; quest'ultimo deve sostenere in proprio le spese relative alle prestazioni richieste ed eventualmente richiedere il Rimborso alla Società, secondo le modalità indicate all'art.3.3. Gli Indennizzi che dovessero successivamente essere riconosciuti come dovuti saranno tuttavia liquidati come se fosse stata autorizzata la prestazione in convenzione (e pertanto senza le penalizzazioni previste per l'utilizzo di Centri non convenzionati).

- b) Se l'Assicurato intende usufruire del Pagamento diretto presso un Centro Sanitario Convenzionato con una Equipe medica non convenzionata, si applica la procedura prevista dal precedente punto a), ad eccezione del fatto che l'Assicurato dovrà provvedere a pagare direttamente le prestazioni sanitarie non convenzionate e inoltrare per le stesse richiesta di Rimborso, secondo le modalità indicate all'art. 3.3.
- c) Se l'Assicurato non intende avvalersi della rete convenzionata, a Ricovero ultimato deve inoltrare richiesta di Rimborso secondo le modalità indicate all'art.3.3. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del sinistro e completa in ogni sua parte.

Art. 3.3 Richiesta di Rimborso

L'Assicurato per ottenere il Rimborso - nei limiti della garanzia della Formula prescelta - delle seguenti spese sostenute se:

- ha utilizzato Centri Sanitari non convenzionati;
- durante il Ricovero in un Centro Sanitario Convenzionato, ha fatto ricorso ad una Equipe medica non convenzionata;
- ha sostenuto spese per prestazioni sanitarie precedenti o successive al Ricovero o Intervento chirurgico;
- ha sostenuto spese per parto;

oppure per ottenere il pagamento della Diaria sostitutiva prevista nelle garanzie speciali della Formula prescelta, deve inoltrare a

UniSalute S.p.A.

Rimborsi UnipolSai

c/o CMP BO Via Zanardi, 30

40131 Bologna BO

copia dell'apposito modulo di richiesta di Rimborso compilato in ogni sua parte, allegando la documentazione indicata nello stesso modulo.

Tale modulo:

- è compilabile tramite l'apposita funzione disponibile nella sezione "Sinistri/Rimborsi"- "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it
- è stampabile, nella versione in bianco,

reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito www.unisalute.it.

Nel caso siano intervenuti Enti di assistenza sanitaria e/o altra Polizza di Assicurazione privata, le notule di spesa devono essere presentate in copia, unitamente alla prova della quota di concorso erogata dall'Ente stesso e/o al documento comprovante le spese rimborsate in forza di altra Polizza.

Art. 3.4 Servizio di informazioni

Contattando la Centrale Operativa l'Assicurato potrà ottenere informazioni relative:

- alla presente Polizza;
- alle modalità d'uso dei servizi;
- ad eventuali aggiornamenti sul convenzionamento di Centri Sanitari e Medici;
- all'individuazione delle più idonee strutture sanitarie in considerazione delle proprie esigenze;
- alle strutture sanitarie ed eventuali specializzazioni;
- ai consigli sull'espletamento delle pratiche, documenti ed uffici competenti;
- all'assistenza sanitaria all'estero e ai trattati di reciprocità.

Art. 4.1 Estensione territoriale

L'Assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 4.2 Controversie - Arbitrato irrituale

Ferma la possibilità di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro possono essere demandate per iscritto a due medici nominati uno per parte, i quali si riuniscono nel comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Tali medici, persistendo il disaccordo, ne nominano un terzo. Se una parte non provvede o se manca l'accordo sulla nomina del terzo medico, la scelta è fatta, ad istanza della parte più diligente, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione sul luogo ove deve riunirsi il Collegio (comune, sede di 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 di voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore e violazioni dei patti contrattuali. I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti. 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.

Art. 4.3 Adeguamento del Premio in base all'età

Il Premio viene adeguato annualmente in funzione dell'aumentata età dell'Assicurato secondo la seguente regola:

Età	Percentuale di incremento annuo del Premio
Da 0 a 14	0%
Tra 14 e 15	11%
Tra 15 e 19	3%
Tra 19 e 20	14%
Dal 20° anno in poi	3%

Art. 4.4 Obbligo di restituzione delle somme erogate per spese non rientranti nelle garanzie

La Società, nell'eventualità di pagamenti diretti in nome e per conto dell'Assicurato o di prestazioni di "Assistenza" che successivamente dovessero risultare non dovuti ai sensi di legge o del contratto, si riserva il diritto di rivalersi nei confronti del Contraente o dell'Assicurato medesimo per le spese sostenute. Il Contraente e l'Assicurato esplicitamente riconoscono il suddetto diritto e si obbligano a rimborsare quanto dovuto alla Società, anche in relazione a quanto riportato nel modulo per l'utilizzo del convenzionamento sottoscritto all'atto del ricorso ai Centri Sanitari Convenzionati.

Art. 4.5 Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

Su richiesta della Società o di UniSalute, in caso di Sinistro l'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e controlli medici necessari. L'Assicurato ha l'obbligo inoltre, in qualunque momento, di fornire ogni informazione e produrre ogni Documentazione sanitaria; autorizza inoltre sia il Centro Sanitario Convenzionato che il personale medico a trasmettere a UniSalute tutta la Documentazione Sanitaria inerente il Sinistro ed a fornire eventuali ulteriori informazioni inerenti il suo stato di salute.

Art. 4.6 Modifiche nei rapporti con i Centri Sanitari Convenzionati e con altri fornitori di Assistenza e Servizi

Eventuali modifiche o cessazioni dei rapporti tra la Società, UniSalute, Centri Sanitari Convenzionati e altri fornitori di Assistenze e Servizi, non potranno influire sulla validità ed efficacia del presente contratto.

Art. 4.7 Restituzione degli originali delle notule di spesa

Gli originali delle notule di spesa consegnati a documentazione del Sinistro saranno restituiti all'Assicurato, previa apposizione dell'attestazione dell'avvenuto Rimborso.

Art. 4.8 Rinuncia dell'azione di rivalsa

La Società rinuncia a ogni azione di rivalsa per gli Indennizzi pagati, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, nei confronti degli eventuali terzi responsabili dell'Infortunio.

Art. 5.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia nei termini di cui alla presente Polizza sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato e risultanti dal Questionario sanitario che forma parte integrante della Polizza stessa. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 C.C.

Il Contraente e l'Assicurato, prima della sottoscrizione del questionario sanitario, devono verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel Questionario stesso.

Art. 5.2 Altre assicurazioni

Il Contraente è tenuto a comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di Sinistro l'Assicurato si assume l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (art. 1910 C.C.).

L'Assicurato che dolosamente ometta di comunicare l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni decade dal diritto all'Indennizzo.

Art. 5.3 Pagamento del Premio e decorrenza della garanzia

Fermi i termini di decorrenza della garanzia previsti dall'art. 2.3, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella Scheda di polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. I Premi devono essere pagati all'intermediario al quale è assegnata la Polizza oppure alla Società. Se il Contraente o l'Assicurato non paga i pre-

mi o le rate di Premio successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15-esimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze (articolo 1901 C.C.).

Il Premio può essere corrisposto in contanti, nei limiti previsti dalla normativa vigente e dall'art. 47 del Regolamento ISVAP n°5/2006, e con gli altri mezzi di pagamento consentiti dalla legge e attivati presso l'intermediario.

Art. 5.4 Frazionamento del Premio

Premesso che il Premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il frazionamento del medesimo.

In caso di mancato pagamento delle rate di Premio, trascorsi 15 giorni dalla rispettiva scadenza, la Società è esonerata da ogni obbligo ad essa derivante, fermo e impregiudicato ogni diritto al recupero integrale del Premio. L'assicurazione riprende effetto dalle ore 24 del giorno in cui viene effettuato il pagamento delle rate di Premio in arretrato.

Art. 5.5 Pagamento frazionato del Premio tramite servizio S.D.D.

(operante se indicato nella Scheda di polizza il frazionamento mensile)

La Società e il Contraente possono convenire di adottare, in relazione al pagamento del Premio, la procedura di seguito descritta.

1. Adesione al servizio di pagamento mensile del Premio SEPA Direct Debit

- 1.1. La Società consente che il Premio annuo convenuto venga pagato dal Contraente in modo frazionato, senza oneri di frazionamento e con le modalità indicate ai punti successivi.
- 1.2. All'atto del perfezionamento del contratto assicurativo, il Contraente dovrà (i) provvedere al pagamento anticipato

in Agenzia di una somma pari a tre dodice dodicesimi (più eventuale frazione di mese) del Premio convenuto, (ii) obbligarsi a pagare il Premio residuo di importo pari a nove dodicesimi mediante rate mensili di importo pari a un dodicesimo ciascuna, nonché (iii) obbligarsi a pagare le successive rate mensili, nel caso in cui il contratto si sia tacitamente rinnovato, sottoscrivendo apposito mandato SEPA Direct Debit (S.D.D.) e autorizzando quindi la propria Banca ad accettare i corrispondenti ordini di addebito della Società.

- 1.3. Il pagamento alla scadenza di ogni rata mensile sarà accettato dalla Società con riserva di verifica e salvo buon fine.
- 1.4. La Società provvederà comunque alla notifica del pagamento delle rate mensili e della copertura delle garanzie previste in Polizza, mediante invio al Contraente del seguente messaggio, che sostituirà l'emissione dell'atto di quietanza: «Abbiamo ricevuto il pagamento tramite addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del [GG mese AAAA] su pol n. xx/xx/xxxx. Confermiamo copertura assicurativa. UnipolSai Assicurazioni S.p.A.». Tale messaggio sarà inviato dalla Società:
 - mediante SMS al seguente numero di cellulare [*].

2. Mancato addebito del pagamento di Premi

- 2.1. Entro dieci giorni dalla scadenza della rata, la Banca del Contraente comunicherà alla Società l'eventuale mancato addebito dell'importo dovuto qualora, in fase di addebito, il conto sia risultato privo di fondi.
- 2.2. In tal caso la Società provvederà contestualmente a notificare al Contraente l'esito negativo del pagamento e la conseguente sospensione della copertura assicurativa, mediante invio di messaggio con le modalità indicate al punto 1.4.: «L'addebito S.D.D. di € xxxx,xx per la rata del GG/mm/AAAA della pol xxx/xxxxxxx è stato rifiutato dalla sua Banca; pertanto le garanzie prestate in pol sono sospese dal

GG/mm/AAAA. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento. UnipolSai Ass. ni».

3. Revoca/modifiche del servizio di addebito S.D.D.

- 3.1. Per consentire il buon esito delle disposizioni di addebito e il regolare pagamento del Premio, il Contraente si impegna a comunicare tempestivamente alla Società eventuali variazioni delle proprie coordinate bancarie o revoche del servizio di addebito S.D.D. eventualmente disposte dallo stesso.
- 3.2. In caso di sostituzione del contratto assicurativo, qualora il Contraente intenda continuare ad avvalersi del pagamento tramite S.D.D. anche sul contratto sostitutivo ed il contratto sostitutivo preveda tale modalità di pagamento, questi dovrà contestualmente sottoscrivere un nuovo mandato di adesione al servizio S.D.D..
- 3.3. In caso di cessazione o sostituzione del contratto assicurativo, la Società invierà al Contraente, con le modalità indicate al punto 1.4., il seguente messaggio: «Comunichiamo cessazione/sostituzione pol n° xx/xx/xxxx e revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio a decorrere da [GG mese AAAA]. Si rechi in Agenzia per regolarizzare la sua posizione UnipolSai Assicurazioni S.p.A.».
- 3.4. In caso di revoca del servizio di addebito S.D.D. disposta dal Contraente, la Società invierà allo stesso, con le modalità indicate al punto 1.4., il seguente messaggio: «Seguito revoca addebito S.D.D. del pagamento del Premio da lei disposta per la pol n xxx/xxxxxxx, le garanzie prestate in pol sono sospese. Si rechi in Agenzia per regolarizzare il pagamento del Premio a decorrere da GG/mm/AAAA. UnipolSai Ass.ni».
- 3.5. In ogni ipotesi di revoca o di modifica del servizio di addebito S.D.D., il Contraente dovrà provvedere al pagamento delle rate di Premio dovute presso l'Agenzia e dovrà concordare con la stessa una di-

versa modalità di pagamento optando fra quelle previste dalla normativa vigente e attivate presso l'Agenzia. A tale proposito si precisa che il beneficio del frazionamento mensile del Premio è concesso dalla Società solo nel caso di pagamento tramite addebito S.D.D..

Il Contraente deve autorizzare espressamente la Società alla trasmissione di comunicazioni contrattuali e di servizio all'indirizzo di posta elettronica o al numero di cellulare indicati, impegnandosi a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Art. 5.6 Modifiche dell'Assicurazione

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

Art. 5.7 Aggravamento del rischio

Non ha efficacia ai fini del presente contratto.

Art. 5.8 Non facoltà di recesso in caso di Sinistro

Le Parti non hanno la facoltà di disdettare la Polizza a seguito della denuncia di Sinistro, salvi i casi di dichiarazioni inesatte o di reticenze (art. 5.1). Resta fermo quanto previsto dall'art. 2.6 "Facoltà della Società di non contrarre nuovamente l'Assicurazione".

Art. 5.9 Periodo di assicurazione e sconto per poliennalità

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al Periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno, salvo che l'Assicurazione sia stipulata per una minor durata, nel qual caso esso coincide con la durata del contratto.

Se l'Assicurazione è stipulata per una durata poliennale (quindi pari ad almeno 2 anni) il Premio, per ciascuna annualità assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Scheda di polizza. Il Premio esposto in Scheda di polizza è già comprensivo della suddetta riduzione. A seguito dell'adeguamento automatico di cui all'art. 4.3 "Adeguamento del Premio in base all'età" anche l'importo della riduzione varierà

di conseguenza.

Pertanto, ai sensi dell'articolo 1899, 1° comma del Codice Civile, se il contratto ha una durata superiore ai cinque anni, il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi cinque anni di durata contrattuale. Se la durata è uguale o inferiore, il Contraente non potrà recedere in anticipo dal contratto e dovrà attendere la naturale scadenza.

Art. 5.10 Non tacita proroga

Il presente contratto non verrà tacitamente rinnovato alla scadenza.

Art. 5.11 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 5.12 Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non espressamente regolato dal presente contratto, valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

La Società ha affidato la gestione, trattazione e liquidazione del Sinistro a UniSalute S.p.A.

Nel testo che segue per Equipe medica si intende il gruppo di medici qualificati reperibili presso la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno.

Art. 6.1 Garanzie e servizi prestati

L'Assicurato può beneficiare delle prestazioni di cui all'art. 6.3, entro i limiti di Polizza, telefonando alla Centrale Operativa 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

Art. 6.2 Centrale operativa di UniSalute

L'assistenza è materialmente erogata, per conto della Società, dalla Centrale Operativa di UniSalute, presso la quale opera la struttura organizzativa dell'assistenza disponibile 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno.

L'Assicurato per ottenere l'Assistenza dovrà telefonare SEMPRE PREVENTIVAMENTE alla Centrale Operativa.

a) chiamate dall'Italia

L'Assicurato dovrà utilizzare il seguente numero telefonico:

Numero Verde : 800-212477

b) chiamate dall'estero

L'Assicurato da qualunque Paese estero dovrà utilizzare il seguente numero telefonico: 051-6389048 preceduto dal prefisso internazionale per l'Italia (+39).

L'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa i seguenti dati:

a) Numero di Polizza;

b) Generalità dell'Assicurato ed eventuale suo indirizzo o recapito temporaneo (località, via, telefono ecc.);

c) Tipologia del Sinistro e luogo di accadimento;

d) Eventuali dati relativi alla struttura sanitaria o al Medico che hanno preso in cura l'Assicurato dopo il Sinistro;

e) Tipo di intervento richiesto.

Art. 6.3 Prestazioni

ASSISTENZA BASE

a) Invio di personale medico

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato e nel caso che il Medico abituale non sia reperibile, l'Equipe medica della Centrale Operativa, dopo aver identificato i bisogni dell'Assicurato, qualora ne ravvisi la necessità, contatta e invia un Medico di sua fiducia sul luogo dell'assistenza. Se ciò non è possibile a causa di oggettive situazioni locali, l'Equipe medica della Centrale Operativa provvede ad organizzare un consulto medico presso la struttura ospedaliera o di cura più vicina al luogo dell'assistenza.

La Società si fa carico delle relative spese.

b) Invio di un Medico specialista in pediatria

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato minore di 14 anni e nel caso che il pediatra di fiducia non sia reperibile, l'Equipe medica della Centrale Operativa, dopo aver identificato i bisogni dell'Assicurato, qualora ne ravvisi la necessità, contatta e invia un pediatra di sua fiducia sul luogo dell'assistenza.

Se ciò non è possibile a causa di oggettive situazioni locali, l'Equipe medica provvede ad organizzare un consulto medico presso la struttura ospedaliera o di cura più vicina al luogo dell'assistenza.

La Società si fa carico delle relative spese.

c) Invio di un'ambulanza

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che rendano necessario il suo trasferimento in ospedale, qualora l'Equipe medica ne ravvisi la necessità, i Medici della Centrale Operativa provvedono a reperire ed inviare un'ambulanza sul luogo dell'assistenza.

La Società si fa carico delle relative spese.

d) Trasferimento sanitario

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, L'Equipe medica della Centrale Operativa, valutate le condizioni cliniche dell'Assicurato anche mediante contatto con i Medici curanti in loco, potrà, qualora lo ritenga possibile e opportuno trasferire l'Assicurato:

- ad un Centro Ospedaliero idoneo a garantirgli le cure specifiche del caso;
- dall'Estero, dove è ricoverato, ad un Centro Ospedaliero italiano;
- ad un Centro Ospedaliero più vicino al suo domicilio abituale;
- presso il suo domicilio abituale.

L'Equipe medica a proprio insindacabile giudizio, individuerà il mezzo di trasporto più idoneo e disporrà, se necessario, l'accompagnamento da parte di personale medico e/o infermieristico specializzato.

I mezzi di trasporto con cui l'Equipe medica potrà far effettuare il trasferimento sanitario sono:

- aereo sanitario speciale;
- aereo di linea eventualmente barellato;
- vagone letto ferroviario di prima classe;
- ambulanza o altro mezzo idoneo.

La Società si fa carico delle relative spese.

Nel caso in cui il Paese di destinazione dell'Assicurato ponga restrizioni sanitarie che ne impediscano il rientro, l'Equipe medica della Centrale Operativa, di concerto con l'Assicurato o suoi familiari, dispone il trasferimento in un altro Paese che non ponga tali restrizioni, entro i limiti di spesa che avrebbe sostenuto per il trasferimento al Paese originariamente previsto. Nell'ulteriore eventualità che anche questo trasferimento non possa essere effettuato, la Società si fa carico dei costi di soggiorno in loco dell'Assicurato, successivo alle dimissioni ospedaliere, fino ad un importo massimo pari alla spesa che la Società avrebbe sostenuto per il trasferimento nel Paese di destinazione originariamente previsto.

L'uso dell'aereo sanitario speciale è limitato ai Paesi dell'Europa ed a quelli del bacino del Mar Mediterraneo.

Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o da altri aventi diritto dovranno

non essere consegnati alla Società.

La garanzia non è comunque operativa e non dà diritto ad alcun Rimborso qualora, pur sottoscrivendo le dimissioni volontarie dal luogo di cura, l'Assicurato non abbia ottenuto il parere favorevole al trasferimento da parte dell'Equipe medica.

La garanzia non è altresì operativa qualora l'Assicurato abbia utilizzato un mezzo diverso da quello autorizzato dall'Equipe medica.

e) Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che comporti la necessità di trasferimento in un centro ospedaliero specializzato in Italia o all'Estero, in quanto la patologia è ritenuta non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato, l'Equipe medica della Centrale Operativa, valutate le condizioni cliniche dell'Assicurato anche mediante contatto con i Medici curanti in loco, potrà, qualora lo ritenga possibile e opportuno trasferire l'Assicurato ad un Centro Ospedaliero idoneo a garantirgli le cure specifiche del caso.

L'Equipe medica a proprio insindacabile giudizio, individuerà il mezzo di trasporto più idoneo e disporrà, se necessario, l'accompagnamento da parte di personale medico e/o infermieristico specializzato.

I mezzi di trasporto con cui l'Equipe medica potrà far effettuare il trasferimento sanitario sono:

- aereo sanitario speciale;
- aereo di linea eventualmente barellato;
- vagone letto ferroviario di prima classe;
- ambulanza o altro mezzo idoneo.

La Società si fa carico delle relative spese.

L'uso dell'aereo sanitario speciale è limitato ai Paesi dell'Europa ed a quelli del bacino del Mar Mediterraneo.

Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o da altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società.

La garanzia non è comunque operativa e non dà diritto ad alcun Rimborso qualora, pur sottoscrivendo le dimissioni volontarie dal

luogo di cura, l'Assicurato non abbia ottenuto il parere favorevole al trasferimento da parte dell'Equipe medica.

La garanzia non è altresì operativa qualora l'Assicurato abbia utilizzato un mezzo diverso da quello autorizzato dall'Equipe medica.

f) Rientro all'abitazione dal luogo di cura

In caso di prestazioni già rese con la garanzia "Invio di un'Ambulanza", "Trasferimento Sanitario", "Trasferimento in un centro ospedaliero specializzato" e sulla base degli accordi presi tra l'Equipe medica ed i Medici curanti sul luogo dell'assistenza, i Medici della Centrale Operativa organizzano il rientro dell'Assicurato al domicilio abituale dell'Assicurato. L'Equipe medica, a proprio insindacabile giudizio, tenuto conto del quadro clinico generale dell'Assicurato, individuerà il mezzo di trasporto più idoneo e disporrà, se necessario, l'accompagnamento da parte di personale medico e/o infermieristico eventualmente anche specializzato. I mezzi di trasporto con cui l'Equipe medica potrà far effettuare il trasferimento sono:

- aereo sanitario speciale;
- aereo di linea eventualmente barellato;
- vagone letto ferroviario di prima classe;
- ambulanza o altro mezzo idoneo.

La Società si fa carico delle relative spese.

L'uso dell'aereo sanitario speciale è limitato ai Paesi dell'Europa ed a quelli del bacino del Mar Mediterraneo.

La garanzia non è comunque operativa e non dà diritto ad alcun Rimborso qualora, pur sottoscrivendo le dimissioni volontarie dal luogo di cura, l'Assicurato non abbia ottenuto il parere favorevole al trasferimento da parte dell'Equipe medica.

Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o da altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società.

La garanzia non è altresì operativa qualora l'Assicurato abbia utilizzato un mezzo diverso da quello autorizzato dall'Equipe medica.

g) Medical second opinion (Secondo parere

medico)

In caso di Infortunio o Malattia, qualora l'Assicurato desideri avere un secondo e qualificato parere medico circa una patologia già diagnosticata dal proprio Medico curante, l'Equipe medica della Centrale Operativa si impegna a:

- a) effettuare una prima valutazione del caso presentato dall'Assicurato;
- b) verificare con l'Assicurato che la copia della documentazione clinico/diagnostica in suo possesso sia completa;
- c) fornire i nomi delle strutture sanitarie che possono rilasciare un parere in relazione alla patologia segnalata.

La Società inoltre:

- a) indicherà quali altri documenti è necessario presentare per completare la documentazione clinico/diagnostica da produrre;
- b) fornirà via fax all'Assicurato il preventivo dei costi a suo carico.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di richiedere la "Medical second opinion", dovrà restituire all'Equipe medica (al fax n. 051-7096862) il fax sottoscritto per accettazione del preventivo dei costi che rimangono a suo carico ed autorizzazione al trattamento dei dati personali (D.LGS. del 30.06.2003 n. 196).

La mancata restituzione del preventivo sottoscritto per accettazione non consentirà l'erogazione della prestazione in oggetto.

La Società si fa carico dei seguenti costi:

- a) Spedizione al professionista della documentazione ricevuta dall'Assicurato;
- b) Traduzione della documentazione e la conversione informatica delle immagini per la successiva trasmissione al professionista incaricato;
- c) Traduzione della risposta del professionista;
- d) Restituzione di tutta la documentazione all'Assicurato.

Rimangono a carico dell'Assicurato i seguenti costi:

- preparazione e fornitura di copia di tutta la documentazione clinico/diagnostica (inclusa quella per immagini) in suo pos-

- sesso;
- spedizione della copia di documentazione clinico/diagnostica via corriere espresso all'Equipe medica della Centrale Operativa all'indirizzo fornito telefonicamente;
- costo della parcella del professionista chiamato a rilasciare la "Medical second opinion" e della struttura sanitaria alla quale egli fa capo (questi costi potranno successivamente essere rimborsati se rientranti nelle spese precedenti o successive al Ricovero nei termini della Formula prescelta);
- ogni eventuale costo derivante da richieste dell'Assicurato per ulteriori approfondimenti che si rendessero necessari a seguito del rilascio della "Medical second opinion" salvo un eventuale contatto telefonico dell'Equipe medica.

La copia della documentazione prodotta dall'Assicurato viaggia a mezzo corriere espresso a totale rischio e pericolo dell'Assicurato e la Società non potrà in nessun caso essere ritenuta responsabile di eventuali mancate consegne all'indirizzo indicato.

h) Informazioni sanitarie

In caso di Infortunio, Malattia o necessità, l'Assicurato può telefonare all'Equipe medica della Centrale Operativa per avere consigli utili ed informazioni su:

- ubicazione e reperibilità di centri di pronto soccorso;
- medici generici o specialisti;
- disponibilità e ubicazione di centri di cura pubblici e privati;
- argomenti di carattere medico.

La Società si fa carico delle relative spese.

i) Linea diretta con l'ospedale

In caso di Infortunio, Malattia dell'Assicurato che comportino il Ricovero in ospedale, L'Equipe medica della Centrale Operativa è a disposizione per favorire lo scambio di informazioni tra i familiari ed i medici del Centro di Cura.

La Società si fa carico delle relative spese.

j) Assistenza in caso di decesso

In caso di decesso dell'Assicurato, la Società provvede ad espletare tutte le formalità burocratiche e legali sul luogo dell'assistenza ed a disporre al trasferimento della salma alla località della sepoltura in Italia, in conformità con le norme internazionali.

La Società si fa carico delle relative spese comprese quelle del feretro. Se l'Assicurato ha espresso la volontà di essere inumato sul posto, la Società provvede a proprie spese.

La garanzia è prestata ad oltre 50 km dal domicilio abituale dell'Assicurato.

Il feretro fornito dalla Società sarà di tipo standard mentre sono escluse e rimangono a totale carico degli eredi le spese relative alla cerimonia funebre.

k) Invio di un interprete all'estero

In caso di Infortunio o Malattia che abbiano comportato il Ricovero in ospedale dell'Assicurato e qualora ci siano problemi linguistici con i Medici curanti, la Società invia un interprete sul luogo dell'assistenza.

La Società si fa carico delle relative spese entro i seguenti limiti:

- ore 8 di prestazione anche non consecutive;
- fino ad un importo massimo per ciascun Sinistro di euro 260,00.

La garanzia è prestata all'Estero.

l) Viaggio di un familiare

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato che ne comportino il Ricovero in ospedale per un periodo che i Medici curanti prevedono superiore a giorni 3, la Società organizza e provvede al viaggio di un familiare che desidera recarsi ad assisterlo. La Società, per il familiare che si trova in Italia, mette a disposizione un biglietto aereo di classe turistica o ferroviario di prima classe e si fa carico delle relative spese.

ASSISTENZA PIU' (valida solo se richiamata in Scheda di polizza)

a) Consulenze specialistiche telefoniche (in Cardiologia, Ginecologia, Pediatria, Ortopedia, Medicina d'Urgenza, Geriatria, Dietologia, Dermatologia, Neurologia, Medicina Sportiva).

In caso di Infortunio o Malattia, l'Assicurato può telefonare alla Società, che mette a disposizione la Centrale Operativa, presso la quale è garantita la presenza di un'Équipe medica attiva tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24. L'Équipe medica è a sua disposizione per fornire:

- consigli e suggerimenti relativi al suo stato di salute;
- indicazione di strutture sanitarie idonee alla cura della patologia segnalata;
- indicazione di nominativi di specialisti nella patologia segnalata dall'Assicurato.

La Società si fa carico delle relative spese.

Sono esclusi e rimangono a totale carico dell'Assicurato i costi della visita specialistica.

La garanzia è operativa previo consenso dell'Assicurato e compatibilmente con la vigente legislazione sulla "Tutela delle persone e del trattamento dei dati personali".

La garanzia è prestata ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

b) Spedizione medicinali sul luogo dell'assistenza

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato ed a seguito di specifica prescrizione medica, la Società procura le specialità medicinali non reperibili in loco ed indispensabili alla cura, purché inserite e autorizzate dalla farmacopea ufficiale italiana, anticipandone i relativi costi, e le invia, conformemente alle leggi locali ed internazionali, direttamente al recapito presso il quale l'Assicurato si trova.

La Società si fa carico delle spese di ricerca e spedizione dei medicinali.

Sono esclusi e rimangono a totale carico dell'Assicurato i costi delle specialità medicinali.

La garanzia è operativa previo consenso dell'Assicurato e compatibilmente con la vigente legislazione sulla "Tutela delle persone e del trattamento dei dati personali".

La garanzia è prestata ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

c) Pernottamenti imprevisti

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, comprovati da prescrizione medica scritta, che non ne comportino il ricovero in ospedale ma che a giudizio dell'Équipe medica della Centrale Operativa impediscano all'Assicurato la prosecuzione del viaggio, la Società:

- organizza e dispone il pernottamento sul luogo dell'assistenza per tutti gli Assicurati. La Centrale Operativa ricercherà la struttura alberghiera più vicina possibile al luogo dell'assistenza;
- incarica una persona di fiducia di avere cura di Assicurati minori di quattordici anni, qualora non vi siano altri Assicurati in grado di accudirli durante il soggiorno.

La Società si fa carico:

- delle spese di trasferimento all'hotel;
- delle spese di pernottamento e prima colazione fino ad un massimo per ciascun sinistro di notti 2 e di euro 350,00;
- delle spese relative alla persona che deve accudire gli Assicurati minori di quattordici anni durante il soggiorno, fino ad un importo massimo per ciascun sinistro di euro 150,00.

L'hotel selezionato sarà di categoria minima o equivalente a 3 stelle, salvo che gli Assicurati, per opportunità o comodità, non concordino con la Centrale Operativa di soggiornare in strutture alberghiere di categoria inferiore, più vicine al luogo dell'assistenza.

Il pernottamento sarà a carico della Società se non già previsto dal programma di viaggio originario.

La garanzia è prestata ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

d) Trasferimenti imprevisti

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, comprovati da prescrizione medica

scritta, che non ne comportino il ricovero in ospedale ma che a giudizio dell'Équipe medica della Centrale Operativa impediscano agli Assicurati:

- la prosecuzione del viaggio con il mezzo sul quale gli Assicurati stavano viaggiando al momento della richiesta di assistenza;
- oppure il rispetto del programma di viaggio originario;

la Società:

- organizza e dispone per tutti gli Assicurati il rientro all'abitazione o la prosecuzione del viaggio fino alla destinazione;
- incarica una persona di fiducia di avere cura degli Assicurati minori di quattordici anni, qualora non vi siano altri Assicurati in grado di accudirli durante il viaggio.

La Società si fa carico:

- delle spese di rientro all'abitazione o prosecuzione del viaggio fino alla destinazione, entro i limiti di spesa che sarebbero sostenuti per il rientro all'abitazione;
- delle spese relative alla persona che deve accudire gli Assicurati minori di quattordici anni durante il viaggio, fino ad un importo massimo per ciascun Sinistro di euro 300,00.

Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società.

La garanzia è prestata ad oltre 50 km dal comune di residenza dell'Assicurato.

e) Accompagnatore in caso di trasferimento sanitario

In caso di trasferimento sanitario dell'Assicurato, la Società, sentito il parere dell'Équipe medica, organizza e dispone il rientro dell'Assicurato con una persona indicata dall'Assicurato stesso, purché questa si trovi sul luogo.

Gli eventuali biglietti di viaggio non utilizzati dall'Assicurato o altri aventi diritto dovranno essere consegnati alla Società.

f) Recapito messaggi urgenti

In caso di Infortunio o Malattia dell'Assicurato, la Società mette a disposizione la Centrale

Operativa attiva tutti i giorni dell'anno, 24 ore su 24, per trasmettere messaggi urgenti a persone residenti in Italia. La Società inoltrerà il messaggio nel più breve tempo possibile. In caso di assenza i destinatari saranno richiamati con continuità, fino al recapito del messaggio o fino alla cessata Emergenza.

La Società si fa carico delle relative spese.

La garanzia è operativa **previo consenso dell'Assicurato** e compatibilmente con la vigente legislazione sulla "Tutela delle persone e del trattamento dei dati personali".

Art. 6.4 Delimitazioni ed esclusioni

Il Servizio Assistenza non è comunque operante per:

- a) gli Infortuni, le Malattie, le malformazioni e gli stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, sottaciuti alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave;
- b) le malattie mentali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;
- c) gli Infortuni e le Malattie derivanti o comunque connessi a delitti dolosi commessi o tentati dall'Assicurato. Sono compresi gli Infortuni cagionati da colpa grave;
- d) gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcoolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- e) gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;
- f) ricoveri per accertamenti diagnostici non necessari da Malattia o Infortunio (check-up);
- g) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del

- presente contratto;
- h) le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

Resta inoltre stabilito che:

- a) La Società non riconosce rimborsi né indennizzi compensativi per prestazioni organizzate da altre compagnie di assicurazione o da altri enti o che non siano state richieste preventivamente alla Centrale Operativa e da questa organizzate. Eccezionalmente il Rimborso può essere riconosciuto entro i limiti previsti dalla Polizza nel caso in cui la Centrale Operativa, preventivamente contattata, ha autorizzato l'Assicurato a gestire autonomamente l'organizzazione dell'intervento di assistenza. In quest'ultimo caso devono pervenire alla Società i giustificativi in originale delle spese sostenute dall'Assicurato.
- b) La Società non riconosce rimborsi né importi compensativi relativi a coperture della Società delle quali l'Assicurato non ha usufruito per sua scelta o perché non ne ha avuto la necessità.
- c) La Società non assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo ritardato o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato.
- d) Resta esclusa ogni responsabilità della Società e/o di UniSalute derivante dall'operato degli eventuali professionisti incaricati.
- e) Eventuali eccedenze di onorari dei professionisti intervenuti rispetto agli indennizzi a carico della Società dovranno essere corrisposte direttamente dall'Assicurato al professionista intervenuto.
- f) Gli spostamenti organizzati dalla Società sono effettuati utilizzando il mezzo di trasporto più idoneo, in relazione alla tratta da percorrere e alle condizioni di salute dell'Assicurato.
- g) Gli importi riconosciuti dalla Società a titolo di anticipo, sui quali non saranno applicati interessi, devono essere restituiti

entro trenta giorni dalla messa a disposizione. Chi ottiene un anticipo di denaro deve fornire adeguate garanzie bancarie e sottoscrivere la ricevuta che gli verrà sottoposta dagli incaricati della Società ed attenersi alle disposizioni che gli saranno impartite dalla Centrale Operativa.

Il servizio Assistenza, fermi i limiti territoriali eventualmente previsti dalle singole prestazioni, è prestato in tutto il mondo, esclusi i paesi ove sussistano situazioni di guerra anche non dichiarata. Tutte le prestazioni sono operative previo consenso dell'Assicurato e compatibilmente con la vigente legislazione sulla "Tutela delle persone e del trattamento dei dati personali".

Si considerano “Grandi Interventi Chirurgici” gli interventi chirurgici caratterizzati dall’impiego di tecniche operative particolari e complesse; più precisamente ai fini della presente garanzia si considerano “Grandi Interventi Chirurgici” quelli di seguito indicati.

Addome (parete addominale)

Laparatomia esplorativa per occlusione con resezione

Laparatomia esplorativa con sutura viscerale

Cardiochirurgia

Interventi a cuore aperto per difetti singoli non complicati :

- correzione del setto interatriale
- correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare
- valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare
- valvulotomia mitralica
- valvulotomia valvolare aortica
- correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma
- sostituzione valvola singola: aortica - mitralica - tricuspide
- anuloplastica valvola singola
- by-pass aorto-coronarico singolo
- embolectomia della polmonare

Interventi a cuore aperto per difetti complessi o complicati :

- correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- correzione impianto anomalo coronarie
- correzione “ostium primum” con insufficienza mitralica
- correzione canale atrioventricolare completo
- correzione finestra aorto-polmonare
- correzione di ventricolo unico
- correzione di ventricolo destro a doppia uscita

- correzione di truncus arteriosus
- correzione di coartazioni aortiche di tipo fetale
- correzione di coartazioni aortiche multiple o molto estese
- correzione di stenosi aortiche infundibulari
- correzione di stenosi aortiche sopravvalvolari
- correzione di trilogia di Fallot
- correzione di tetralogia di Fallot
- correzione di atresia della tricuspide
- correzione della pervietà interventricolare ipertesa
- correzione della pervietà interventricolare con “debanding”
- correzione della pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- sostituzioni valvolari multiple
- by-pass aorto coronarici multipli
- sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
- aneurismi aorta toracica
- aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio
- resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto- coronarici

Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

Chirurgia pediatrica

Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)

Atresia congenita dell’esofago

Fistola congenita dell’esofago

Occlusione intestinale del neonato: atresie necessità di anastomosi

Occlusione intestinale del neonato: ileo meconiale, resezione secondo Mickulicz

Occlusione intestinale del neonato: ileo meconiale, resezione con anastomosi primitiva
Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale

Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto vulvare: abbassamento addomino perineale

Megauretere, resezione con reimpianto

Megauretere, resezione con sostituzione di ansa intestinale

Megacolon, resezione anteriore

Megacolon, operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

Chirurgia vascolare

Operazione sull'aorta toracica e sulla aorta addominale

Collo

Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna

Gozzo retrosternale con mediastinotomia
Resezione dell'esofago cervicale

Esofago

Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico

Interventi con esofagoplastica

Fegato

Drenaggio di ascesso epatico

Interventi per echinococcosi

Resezioni epatiche

Derivazioni biliodigestive

Interventi sulla papilla di Water

Reinterventi sulle vie biliari

Interventi chirurgici per ipertensione portale

Ginecologia

Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale

Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale

Vulvectomia allargata per linfadenectomia

Intervento radicale per carcinoma ovario

Interventi sul mediastino

Interventi per tumori

Interventi sul polmone

Interventi per fistole bronchiali

Interventi per echinococco

Resezioni segmentarie e lobectomia

Pneumectomia

Tumori della trachea

Intestino

Colectomie parziali

Colectomia totale

Laringe - trachea - bronchi - esofago

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Nervi periferici

Interventi sul plesso brachiale

Neurochirurgia

Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche

Intervento per encefalomeningocele

Intervento per craniostenosi

Interventi per traumi cranio cerebrali

Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale

Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale

Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici

Anastomosi endocranica dei nervi cranici

Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
Asportazione tumori dell'orbita

Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, etc)

Tattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)

Tattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche

Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
Intervento per epilessia focale e cal-

losotomia
Emisferectomia
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
Anastomosi dei vasi extra-intracranici
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
Enderectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extramidollari
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)
Interventi per traumi vertebro-midollari
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
Somatotomia vertebrale
Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per affezioni meningo-midollari affezioni meningo-midollari (mielocèle, mielomeningocèle, etc)
Cordotomia e mielotomia per cutanea

Oculistica

Odontocheratoprosi

Ortopedia e traumatologia

Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
Osteosintesi di omero
Interventi per costola cervicale
Scapulopessi
Trapianti ossei o protesi diafisarie
Trattamento delle dimetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
Resezioni del sacro
Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari

Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
Disarticolazione interscapolo toracica
Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
Resezioni del radio distale con trapianto articolare perone-pro-radio
Emipelvectomia
Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi speciali (cementate o no, modulari o no)
Resezioni artrodiafisarie del ginocchio:
- artodesizzanti (trapianto o cemento + infibulo femore-tibiale)
- sostituzione con protesi modulari o "custom-made"
Artroprotesi di anca
Protesi totale di displasia d'anca
Intervento di rimozione di protesi d'anca
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca
Artroprotesi di ginocchio
Protesi cefalica di spalla
Vertebrotomia
Dissectomia per via anteriore per ernia cervicale
Dissectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
Uncoforaminotomia
Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
Osteosintesi vertebrale
Pulizia focolai osteici
Artrodesi per via anteriore
Interventi per via posteriore con o senza impianti
Interventi per via anteriore con o senza impianti

Pancreas - Milza

Interventi per pancreatite acuta

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
Interventi per pancreatite cronica
Interventi per neoplasie pancreatiche

Peritoneo

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Retto - Ano

Interventi per neoplasie per retto - ano
Interventi per neoplasie per retto - ano per via addominoperineale
Operazione per megacolon
Proctocolectomia totale

Stomaco e duodeno

Resezione gastrica
Gastroectomia totale
Gastroectomia allargata
Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Sutura di perforazioni gastriche e intestinali non traumatiche
Mega-esofago e esofagite da reflusso
Cardioplastica

Trapianti

Trapianto cornea
Trapianto cuore e/o arterie
Trapianto organi degli apparati:
- digerente
- respiratorio
- urinario

Urologia

Nefrectomia allargata per tumore
Nefrectomia allargata per tumore con embolctomia
Resezione renale con clampaggio vascolare
Nefrourectomia totale
Surrenalectomia
Ileo bladder
Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasie testicolari

3

INFORMATIVA PRIVACY

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

Art. 13 D.Lgs. 196/2003 - Codice in materia di protezione dei dati personali.

Gentile Cliente, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano.

Quali dati raccogliamo

Si tratta di dati (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽¹⁾ ci fornite; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

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

Perché le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società

per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti, ai relativi adempimenti normativi, per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite), nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo. I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁶⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁴⁾.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i suoi dati

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato 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⁽⁷⁾.

Quali sono i suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è Unipol-

Sai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it.

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il suo agente/intermediario, 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.

- NOTE -

- 1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali, che possono essere trattati, senza il consenso dell'interessato, per le finalità e nel rispetto delle disposizioni di legge e/o dell'autorizzazione generale n. 7 del Garante.
- 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 la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tariffarie.

- 4) 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 ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act), (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, 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 il riscontro.
- 5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A., Finitalia S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.

www.unipol.it.

- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate.
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 2.031.454.951,73 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario 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 dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it