la tua protezione

UnipolSai SALUTE

RICOVERO

Contratto di Assicurazione Malattia e Infortuni.
Modello 1263 – Ed. 01.04.2014

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

Divisione Unipol

Unipol GRUPPO

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna - www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

UnipolSai SALUTE RICOVERO

Ed. 01.04.2014

1 NOTA INFORMATIVA

	PAGINA
A • INFORMAZIONE SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	2 di 13
1 - Informazioni generali	2 di 13
2 - Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa	2 di 13
B • INFORMAZIONE SUL CONTRATTO	3 di 13
3 - Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni	3 di 13
4 - Periodi di carenza contrattuali	6 di 13
5 - Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario sanitario	6 di 13
6 - Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione	6 di 13
7 - Premi	6 di 13
8 - Adeguamento del premio e delle somme assicurate	7 di 13
9 - Diritto di recesso	7 di 13
10 - Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto	7 di 13
11 - Legislazione applicabile	7 di 13
12 - Regime fiscale	7 di 13
C • INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	8 di 13
13 - Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo	8 di 13
14 - Reclami	9 di 13
15 - Arbitrato irrituale	10 di 13
GLOSSARIO	11 di 13

2 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

	PAGINA
A • NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	2 di 21
B • COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	6 di 21
C • NORME CHE REGOLANO LE SINGOLE SEZIONI	9 di 21
3 - Sezione Malattia e Infortuni	9 di 21
4 - Sezione Assistenza	13 di 21
5 - Esclusioni e limiti contrattuali operanti per tutte le Sezioni	16 di 21
NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	18 di 21
ALLEGATO A - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI	20 di 21

3 INFORMATIVA PRIVACY

	PAGINA
Informativa al Cliente sull'uso dei Suoi dati e sui Suoi diritti	2 di 3

1 NOTA INFORMATIVA

NOTA INFORMATIVA

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione Malattia e Infortuni "UnipolSai SALUTE RICOVERO" (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 Contrante e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni che riguardano limitazioni ed esclusioni, sono identificate 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.
Il Contraente provvederà a comunicare le modifiche segnalate agli eventuali altri assicurati ai quali sia stata estesa la copertura.
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 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 in via Stalingrado n. 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 2012, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 1.627.332.680,00, con capitale sociale pari ad € 1.194.572.974,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 432.759.706,00. L'indice di solvibilità (da intendersi 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 133,3%.

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo.
Avvertenza: nel caso in cui il contratto abbia una durata non inferiore ad un anno, in mancanza di disdetta spedita da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza mediante lettera raccomandata, si intende prorogato per un altro anno. Nel caso in cui il contratto abbia una durata inferiore ad 1 anno, questo cesserà alla naturale scadenza senza che sia necessario l'invio della disdetta. Si rinvia all'articolo 1.12 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.
Si precisa inoltre che la Società ha affidato la gestione, la trattazione e la liquidazione dei sinistri ad UniSalute S.p.A., casella postale: "UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO".

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

L'assicurazione, operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, consente all'Assicurato di scegliere tra due diverse formule di copertura: Garanzia Base Light a cui può essere abbinata la Garanzia Supplementare Opzionale, e Garanzia Base a cui possono essere abbinate la Garanzia Supplementare Opzionale e le Garanzie Supplementari Opzionali Multiple-Scelta Energy.
Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione, e differenziate in base alle scelte effettuate, sono le seguenti:

GARANZIA BASE LIGHT

Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura

La Società, tramite UniSalute, eroga l'indennità giornaliera convenuta a seguito di ricovero o di day-hospital in Istituto di Cura reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, con il limite di 365 giorni per ciascun sinistro e per anno assicurativo. Si rinvia agli artt. 3.1 "Oggetto dell'assicurazione" e 3.2 "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Indennità Giornaliera da Immobilizzazione

La Società, tramite UniSalute, eroga l'indennità giornaliera convenuta per il caso di ricovero, a seguito di immobilizzazione resa necessaria da infortunio. Si rinvia agli artt. 3.1 "Oggetto dell'assicurazione" e 3.2 "Prestazioni garantite" lettera B) "Indennità Giornaliera da Immobilizzazione" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

GARANZIA BASE

Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura

La Società, tramite UniSalute, eroga l'indennità giornaliera convenuta, a seguito di ricovero o di day-hospital in Istituto di Cura reso necessario da malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico, con il limite di 365 giorni per ciascun sinistro e per anno assicurativo. Si rinvia agli artt. 3.3 "Oggetto dell'assicurazione" e 3.4 "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Indennità Giornaliera per Convalescenza

La Società, tramite UniSalute, eroga l'indennità giornaliera convenuta per la convalescenza successiva ad un ricovero indennizzabile per il periodo prescritto dal medico all'atto delle dimissioni, con il massimo del triplo di quello della degenza e con il limite di 60 giorni per sinistro e 180

per anno assicurativo. Si rinvia agli artt. 3.3 "Oggetto dell'assicurazione" e 3.4 "Prestazioni garantite" lettera B) "Indennità Giornaliera per Convalescenza" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero
La Società, tramite UniSalute, a seguito di ricovero indennizzabile a termini di polizza, indennizza, nei limiti del massimale assicurato e con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie indicati nelle Condizioni di assicurazione, le spese per servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica finalizzati al recupero della funzionalità fisica dell'Assicurato.
Si rinvia agli artt. 3.3 "Oggetto dell'assicurazione" e 3.4 "Prestazioni garantite" lettera C) "Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Indennità Giornaliera da Immobilizzazione
La Società, tramite UniSalute, eroga l'indennità giornaliera convenuta per il caso di ricovero, a seguito di immobilizzazione resa necessaria da infortunio. Si rinvia agli artt. 3.3 "Oggetto dell'assicurazione" e 3.4 "Prestazioni garantite" lettera D) "Indennità Giornaliera da Immobilizzazione" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

GARANZIA SUPPLEMENTARE OPZIONALE (operante sia per la Garanzia Base Light che per la Garanzia Base solo se richiamata nella Scheda di polizza)

Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico
La Società, tramite UniSalute, a seguito di ricovero indennizzabile reso necessario da un Grande Intervento Chirurgico (intesi per tali quelli di cui all'allegato A di polizza "Elenco grandi interventi chirurgici"), liquida, in alternativa all'erogazione dell'indennità giornaliera assicurata, le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato durante il ricovero sino ad un massimo di 300 volte l'indennità giornaliera assicurata. L'importo liquidato non potrà comunque essere superiore a € 35.000,00 per sinistro ed anno assicurativo. La garanzia può essere erogata sia attraverso la rete convenzionata di UniSalute, sia nella forma del rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato.
Si rinvia agli artt. 2.1 "Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato", 2.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute", 2.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri e 3.5.1 "Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

GARANZIE SUPPLEMENTARI OPZIONALI MULTIPLE – SCELTA ENERGY (operanti solo per la Garanzia Base e solo se richiamate nella Scheda di polizza)

Spese Pre e Post Ricovero
La Società, tramite UniSalute, in caso di ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 3 giorni, indennizza le spese sostenute e documentate dall'Assicurato nei 30 giorni precedenti e successivi il ricovero per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché inerenti alla patologia o infortunio che ha determinato il ricovero e sino ad un massimo di € 1.000,00. Si rinvia agli artt. 3.3 "Oggetto dell'assicurazione" e 3.6.1 - Scelta Energy punto 1) "Spese Pre e Post Ricovero" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera
La Società, tramite UniSalute, rimborsa le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica privata individuale durante un ricovero indennizzabile a termini di polizza. Si rinvia agli artt. 3.3 "Oggetto dell'assicurazione" e 3.6.1 - Scelta

Energy punto 2) "Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Spese per la retta dell'accompagnatore
La Società, tramite UniSalute, rimborsa le spese documentate e sostenute per spese di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, a seguito di un ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza. Si rinvia agli artt. 3.3 "Oggetto dell'assicurazione" e 3.6.1 - Scelta Energy punto 3) "Spese per la retta dell'accompagnatore" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

Raddoppio dell'indennità
La Società, tramite UniSalute, eroga il doppio dell'indennità giornaliera convenuta per il ricovero in Istituto di Cura nei casi elencati all'art. 3.6.1 - Scelta Energy punto 4) "Raddoppio dell'indennità". Si rinvia anche all'art. 3.3 "Oggetto dell'assicurazione" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni per gli aspetti di dettaglio.

GARANZIA SEMPRE OPERANTE E VALIDA PER ENTRAMBE LE GARANZIE "BASE LIGHT" E "BASE"

Assistenza
La Società, tramite UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato, nei limiti previsti per le singole prestazioni, i servizi di Assistenza nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà, a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle norme che regolano la Sezione Assistenza.
Si rinvia alla "Sezione Assistenza" per gli aspetti di dettaglio.
Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia agli artt. 1.3 "Pagamento del premio e perfezionamento del contratto", 1.7 "Requisiti di assicurabilità" delle "Norme che regolano il contratto in generale", nonché 5.1 "Rischi esclusi dall'assicurazione" e 5.3 "Limiti di età" delle "Esclusioni e limiti contrattuali operanti per tutte le sezioni" per gli aspetti di dettaglio.
Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifici scoperti, minimi non indennizzabili, massimali e limitazioni temporali e di parametri, per il dettaglio dei quali si rinvia, oltre che alla Scheda di polizza, ai seguenti articoli: 3.2 - "Prestazioni garantite" lett. A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura", 3.2 - "Prestazioni garantite" lett. B) "Indennità Giornaliera da Immobilizzazione", 3.4 - "Prestazioni garantite" lett. A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura", 3.4 - "Prestazioni garantite" lett. B) "Indennità Giornaliera per Convalescenza", 3.4 - "Prestazioni garantite" lett. C) Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero, 3.4 - "Prestazioni garantite" lett. D) "Indennità Giornaliera da Immobilizzazione", 3.5.1 "Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico", 3.6.1 - Scelta Energy, punto 1) Spese Pre e Post Ricovero, punto 2) "Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera", punto 3) "Spese per la retta dell'accompagnatore" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni ed alle lettere e), g), i), l) e m) dell'articolo 4.1 "Garanzia base" delle Norme che regolano la Sezione Assistenza.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di alcune garanzie mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento di erogazione delle indennità:

1° esempio
Garanzia operante: indennità giornaliera da ricovero.
Somma giornaliera assicurata: € 100,00.
Durata degenza ospedaliera: 25 giorni.
Indennizzo: € 2.400,00 (€ 100,00 x 24 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come uno).

2° esempio
Garanzie operanti: indennità giornaliera da ricovero e indennità giornaliera da Immobilizzazione.
Somma giornaliera assicurata: € 70,00 per ciascuna garanzia.
Durata degenza ospedaliera: 4 giorni.
Applicazione mezzo di immobilizzazione a seguito di infortunio: il secondo giorno di degenza ospedaliera con durata immobilizzazione di 25 giorni.
Indennizzo per indennità giornaliera da ricovero: € 210,00 (€ 70,00 x 3 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come uno).
Indennizzo per indennità Giornaliera da Immobilizzazione: € 1.610,00 (€ 70,00 x 23 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che la somma assicurata venga corrisposta a partire dal giorno di dimissione ospedaliera).
Totale indennizzo = € 1.820,00.

3° esempio
Garanzie operanti: indennità giornaliera da ricovero e indennità giornaliera da convalescenza.
Somma giornaliera assicurata: € 100,00 per ciascuna garanzia.
Durata degenza ospedaliera: 5 giorni.
Convalescenza: 21 giorni.
Indennizzo per indennità giornaliera da ricovero: € 400,00 (€ 100,00 x 4 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che il primo e l'ultimo giorno di ricovero vengano considerati come uno).
Indennizzo per indennità giornaliera da convalescenza: € 1.200,00 (€ 100,00 x 12 in quanto le Condizioni di assicurazione prevedono che la somma assicurata venga corrisposta per un numero di giorni massimo pari al triplo di quelli indennizzati per l'indennità giornaliera da ricovero) = € 1.200,00.
Totale indennizzo = € 1.600,00.

Avvertenza: il presente contratto può essere stipulato solo fino al compimento del settantaquattresimo anno e rinnovato solo fino al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato. Si rinvia all'articolo 5.3 "Limiti di età" delle "Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni" per gli aspetti di dettaglio.

4. Periodi di carenza contrattuali
Avvertenza: la copertura assicurativa è prestata con i termini di carenza indicati all'articolo 1.4 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa" delle Norme che regolano il contratto in generale. Si rimanda al suddetto articolo per gli aspetti di dettaglio.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio – Questionario Sanitario
Avvertenza: la Società presta le coperture sulla base delle dichiarazioni dell'Assicurato di non essere affetto da alcuna delle patologie comportanti la non assicurabilità del soggetto. Le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sul diritto all'indennizzo. Si rinvia agli artt. 1.1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" e 1.7 "Requisiti di assicurabilità" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.
Avvertenza: non è richiesta la preventiva compilazione del Questionario Sanitario.

6. Aggravamento del rischio e variazione nella professione
Avvertenza: il premio viene determinato in funzione dell'età dell'Assicurato. Il diritto all'indennizzo viene riconosciuto indipendentemente dall'eventuale variazione della professione del Contraente/Assicurato. Si rinvia agli artt. 1.6 "Aggravamento del rischio" e 1.7 "Requisiti di assicurabilità" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

7. Premi
Il premio deve essere pagato per intero ed in via anticipata ad ogni annualità assicurativa

all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.
La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate semestrali, quadrimestrali o trimestrali anticipate, che comporterà tuttavia oneri aggiuntivi rispettivamente pari al 3%, al 4% e al 5% del premio della singola rata.
Si rinvia agli artt. 1.3 "Pagamento del premio e perfezionamento del contratto" e 1.5 "Frazionamento del premio" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.
Avvertenza: la Società o l'Agente, in base a valutazioni tecnico-commerciali oppure a seguito di convenzioni specifiche, possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto. E' prevista l'applicazione di uno sconto sul premio di tariffa in relazione al numero delle persone assicurate.
Avvertenza: qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno di pagamento ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il premio è soggetto ad adeguamento annuale.
Le somme giornaliere assicurate ed i massimali non sono soggetti ad alcun adeguamento e/o indicizzazione per tutta la durata contrattuale.
Si rinvia all'articolo 1.14 "Criteri per la determinazione del premio e suo adeguamento" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto di assicurazione non è soggetto al diritto di recesso salvo il diritto per la Società di recedere nel caso in cui l'Assicurato renda dichiarazioni inesatte o reticenti. Inoltre, qualora lo stesso preveda la durata poliennale, è facoltà del Contraente di recedere, ad ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di almeno 30 giorni.
Si rinvia all'articolo 1.12 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per gli aspetti di dettaglio.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.
Il premio relativo alle garanzie previste dal contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:
a) Malattia e Infortuni: 2,5%;
b) Assistenza: 10%.

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: si precisa che, ai fini della denuncia, il momento di insorgenza del sinistro è:

- **per la garanzia Indennità Giornaliera per Ricoveri Ospedalieri:**
  il primo giorno di ricovero;
- **per la garanzia Indennità Giornaliera da Convalescenza:**
  quando, in seguito alle dimissioni da un Istituto di Cura per un ricovero dipendente da malattia o infortunio, venga certificato dal medico all'atto delle dimissioni che l'Assicurato abbia necessità di un periodo di convalescenza;
- **per la garanzia Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero:**
  il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero che renda necessaria l'Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero;
- **per la garanzia Indennità Giornaliera da Immobilizzazione:**
  il primo giorno di applicazione di un mezzo di contenzione a seguito di infortunio;
- **per la garanzia Spese Pre e Post Ricovero:**
  il primo giorno di ricovero in relazione alle prestazioni di pre ricovero; il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura per le prestazioni di post ricovero;
- **per la garanzia Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera:**
  quando, come conseguenza del ricovero in un Istituto di Cura a seguito di malattia o infortunio, si è resa necessaria l'assistenza infermieristica privata fornita da personale qualificato durante il ricovero stesso;
- **per la garanzia Spese per la Retta dell'Accompagnatore:**
  quando, durante il ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura a seguito di malattia o infortunio, si è resa necessaria la presenza di un accompagnatore che ha sostenuto spese per vitto e pernottamento;
- **per la garanzia Raddoppio dell'indennità:**
  il primo giorno di ricovero con o senza intervento chirurgico reso necessario da infortunio o malattia;
- **per la garanzia Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico:**
  il primo giorno di ricovero reso necessario da malattia o infortunio che comporti un Grande Intervento Chirurgico.

Per le garanzie "Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero" e "Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico", in caso di sinistro l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800.822469.
All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta. Le prestazioni autorizzate da UniSalute saranno liquidate da quest'ultima direttamente alla struttura convenzionata, salvo eventuali scoperti e minimi previsti dalla suddetta garanzia che rimangono a carico dell'Assicurato. Qualora siano erogati servizi non previsti dal contratto e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato. Per le modalità e termini riferiti all'attivazione del servizio di denuncia del sinistro, si rinvia agli artt. 2.1 "Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato" e 2.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute" della Sezione "Cosa fare in caso di sinistro". Le suddette garanzie possono essere erogate anche nella modalità a rimborso ovvero non avvalendosi delle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.
Per tutte le altre garanzie, per richiedere il rimborso delle spese sostenute o l'erogazione dell'indennità giornaliera, l'Assicurato deve compilare e sottoscrivere il Modulo di denuncia di sinistro/rimborso.

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;

o, in alternativa

- è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della Sezione "Modulistica" del sito UniSalute.

Il Modulo di denuncia di sinistro/rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta a UniSalute, unitamente a copia della documentazione medica attestante la natura della malattia o, in caso di infortunio, la natura e il tipo di lesioni subite, nonché la necessità delle prestazioni da effettuare, all'indirizzo: **"UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO".**

L'Assicurato deve consentire alla Società, tramite UniSalute, le indagini e gli accertamenti ritenuti necessari.

A tal fine l'Assicurato deve sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato.

Si rinvia, per gli aspetti di dettaglio, agli articoli 2.1 e 2.2 "Denuncia del sinistro e obblighi del Contraente o dell'Assicurato" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Avvertenza:

Assistenza

Per usufruire delle prestazioni di assistenza, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde 800.212477 e specificare la prestazione richiesta e i dati relativi al luogo dell'eventuale intervento. UniSalute ha la facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista. L'Assicurato si obbliga inoltre a fornire, su richiesta di UniSalute, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni. La gestione dei sinistri relativi all'assistenza prestata all'estero è affidata ad IMA Servizi, Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI). Si rinvia alla "Sezione Assistenza" per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza:

Assistenza diretta – Convenzioni

Limitatamente agli artt. 3.4 "Prestazioni garantite" lett. C) "Ospedalizzazione domiciliare post ricovero" di cui alla Garanzia Base se ed in quanto operante e 3.5.1 "Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico" di cui alla Garanzia Supplementare se ed in quanto operante, il contratto prevede la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di cliniche convenzionate con UniSalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. UniSalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle strutture sanitarie convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate. Quando il Contraente/Assicurato non si avvalga in tutto o in parte di centri e medici convenzionati, per le prestazioni previste all'art. 3.4 "Prestazioni garantite" lett. C) "Ospedalizzazione domiciliare post ricovero" delle Norme che regolano la Sezione Malattia e Infortuni, il rimborso verrà effettuato secondo quanto in esso indicato e comporterà l'applicazione di uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile di € 60,00 per prestazione. Invece, per le prestazioni previste all'art. 3.5.1 "Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico" di cui alla Garanzia Supplementare, il rimborso verrà effettuato secondo quanto in esso indicato e comporterà il rimborso integrale delle spese sostenute.

Per le modalità e termini riferiti all'attivazione della copertura, si rimanda all'articolo 2.1 "Denuncia del sinistro ed obblighi dell'Assicurato" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri.

Si rinvia altresì al sito internet della Società www.unipolsai.it per l'elenco aggiornato delle cliniche convenzionate.

14. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Reclami e Assistenza Clienti -** Via della Unione

Europea, 3/B – 20097 San Donato Milanese (MI) Fax: 02.5181.5353
Indirizzo di Posta Elettronica: reclami@unipolsai.it.
Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, tel. 06 421331.
I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sui siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it.
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere, controversie tra un contraente consumatore di uno Stato membro e un'impresa con sede legale in un altro Stato membro, il reclamante avente domicilio in Italia può presentare reclamo:

- all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunicandogli poi la risposta;
- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito http://www.ec.europa.eu/fin-net), richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

Nel caso in cui il Cliente e la Società concordino di assoggettare il contratto alla legislazione di un altro Stato, l'Organo incaricato di esaminare i reclami del Cliente sarà quello previsto dalla legislazione prescelta e l'IVASS si impegnerà a facilitare le comunicazioni tra l'Autorità competente prevista dalla legislazione prescelta ed il Cliente stesso.

15. Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici che risiede nel comune sede di Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Si rinvia all'articolo 2.3 "Arbitrato irrituale" delle Norme che regolano la liquidazione dei sinistri per gli aspetti di dettaglio.
Avvertenza: resta comunque fermo il diritto della Società e dell'Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

GLOSSARIO

Ai seguenti termini la Società ed il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

- **Accertamento diagnostico**: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.
- **Anno:** periodo di tempo pari a 365 giorni, o a 366 giorni in caso di anno bisestile.
- **Assicurato:** soggetto il cui interesse é protetto dall'assicurazione.
- **Assicurazione**: il contratto di assicurazione.
- **Assistenza:** l'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.
- **Assistenza Infermieristica**: l'assistenza infermieristica prestata da personale sanitario fornito di specializzazione.
- **Centrale Operativa/Struttura organizzativa**: è la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza.

  La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:
  - organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle strutture sanitarie convenzionate;
  - fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.
- **Contraente:** soggetto che stipula il contratto di assicurazione.
- **Day-Hospital**: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.
- **Difetto fisico**: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.
- **Documentazione sanitaria**: cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e dalla documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei farmaci).
- **Fascicolo Informativo:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composta da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.
- **Franchigia:** la parte del 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.
- **Grandi Interventi Chirurgici:** interventi chirurgici riportati nell'Allegato A alle Condizioni di assicurazione.
- **IMA Servizi:** la Società a cui è affidata la gestione dei sinistri di assistenza all'estero: IMA Assistance, Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI).
- **Immobilizzazione:** stato temporaneo di incapacità fisica, totale o parziale, a svolgere le proprie occupazioni a causa di fratture scheletriche o lesioni capsulo-legamentose che richiedono, a seguito di prescrizione medica, l'applicazione di un mezzo di contenzione inamovibile, rigido ed esterno, costituito da: fasce, docce, apparecchi gessati o altro tutore di contenzione comunque immobilizzante, la cui applicazione e rimozione sia effettuata esclusivamente da Istituti di Cura o da personale medico specializzato.

  Sono inoltre compresi anche i mezzi di contenzione amovibili - semprechè rigidi, esterni e comunque immobilizzanti - purchè prescritti:
  - in assenza di ricovero o di day-hospital, da

un pronto soccorso dipendente da presidio ospedaliero;
- in caso di ricovero o di day-hospital, nel corso della degenza dai sanitari dell'Istituto di Cura ovvero, alla dimissione, da un medico specialista ortopedico.

- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società, tramite UniSalute, all'Assicurato o ai suoi beneficiari in caso di sinistro.
- **Infortunio:** l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.
- **Intervento chirurgico:** qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.
- **Istituto di Cura:** ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.
- **Lettera di impegno:** documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a suo carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.
- **Malattia:** qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.
- **Malattia Oncologica:** ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive. Sono esclusi il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito) e i basaliomi.
- **Malformazione:** deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.
- **Massimale:** l'importo che rappresenta la spesa massima che, nel corso dello stesso anno assicurativo, la Società, tramite UniSalute, si impegna a prestare per ciascuna persona per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
- **Periodo assicurativo – annualità assicurativa:** in caso di polizza di durata superiore a 365 giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di 365 giorni (366 negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.
- **Polizza**: il documento che prova l'assicurazione.
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società a corrispettivo dell'assicurazione.
- **Ricovero:** la degenza in Istituto di Cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.
- **Rischio:** la probabilità che si verifichi un sinistro.
- **Scoperto:** percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni sinistro, rimane a suo carico.
- **Sinistro:** il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario per le quali è prestata l'assicurazione, che comportano un'attività gestionale.
- **Società:** l'Impresa assicuratrice UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
- **Struttura sanitaria convenzionata:** Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico, e relativi medici chirurghi, con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni, ove l'Assicurato, previa richiesta ed autorizzazione ricevuta da UniSalute, può accedere per fruire delle

prestazioni sanitarie garantite dalla polizza ed il cui costo viene liquidato direttamente dalla stessa.

- **Termini di aspettativa:** il periodo che intercorre tra la decorrenza del contratto e la decorrenza della garanzia assicurativa.
- **UniSalute:** la Compagnia di assicurazione a cui è affidata la gestione, trattazione e liquidazione dei sinistri: UniSalute S.p.A. - casella postale: **"UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO".**

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

Ed. 01/04/2014

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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - 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

2 CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate, valgono le seguenti condizioni di polizza:

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato.
Il premio sarà determinato sulla base dell'età compiuta dell'Assicurato al termine del mese di effetto della polizza.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/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 artt.1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Modifiche dell'assicurazione

Il contratto di assicurazione e le sue eventuali modifiche devono essere provate per iscritto.

Art. 1.3 - Pagamento del premio e perfezionamento del contratto

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di effetto del contratto, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; in caso contrario decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, fermo restando quanto previsto all'art. 1.4 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa" delle "Norme che regolano il contratto in generale" per quanto riguarda la decorrenza della garanzia. I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.
Il pagamento del premio può essere effettuato dal Contraente tramite:

- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Società;
- ordini di bonifico, altri mezzi di pagamento bancario o postale, sistemi di pagamento elettronico che abbiano quale beneficiario l'Agenzia nella sua specifica qualità oppure alla Società;
- con contante nei limiti previsti dalla normativa vigente.

Il pagamento del premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del titolo.
E' fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile dove si prevede che se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze. E' esclusa comunque la copertura di eventuali sinistri verificatisi durante la sospensione assicurativa.

Art. 1.4 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

Fermo il disposto dell'art. 1.3 "Pagamento del premio e perfezionamento del contratto", l'assicurazione decorre dalle ore 24:

- del giorno di effetto della polizza per gli infortuni;
- del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le malattie. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;
- del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico;
- del primo giorno del terzo anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie di cui all'art. 1.8 "Interventi chirurgici/Patologie particolari" delle "Norme che regolano il contratto in generale", fermo quanto previsto al medesimo articolo.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza emessa dalla stessa Società e riguardante gli stessi Assicurati e identiche garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni e la somma assicurata da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di effetto dell'assicurazione di cui alla presente polizza limitatamente alle maggiori somme ed alle diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente, in caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, i termini di aspettativa suddetti operano dal giorno di effetto della variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 1.5 - Frazionamento del premio

Premesso che il premio annuo è indivisibile, la Società può concedere il pagamento frazionato.

Art. 1.6 - Aggravamento del rischio

Non trova applicazione, relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del contratto, quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del rischio.

Il diritto all'indennizzo viene riconosciuto indipendentemente dall'eventuale variazione nella professione del Contraente/Assicurato.

Art. 1.7 - Requisiti di assicurabilità

Possono essere assicurate le persone che, prima della sottoscrizione della presente copertura assicurativa, non abbiano sofferto delle seguenti patologie/dipendenze:

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

Si conviene altresì che per le patologie/dipendenze di cui sopra, identificate alle lettere j, k ed l, la sopravvenienza durante la validità del contratto costituisce causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

La presente copertura assicurativa è prestata sulla base della dichiarazione dell'Assicurato di non essere affetto da alcuna delle patologie sopra indicate; la suddetta dichiarazione forma parte integrante del contratto. Pertanto, qualora la Società riscontri elementi di difformità rispetto a quanto dichiarato, verrà applicato quanto previsto dagli artt. 1892 e 1893 del Codice Civie.

Art. 1.8 - Interventi chirurgici/Patologie particolari

I seguenti interventi chirurgici/patologie particolari verranno considerati in garanzia anche se in essere all'atto della sottoscrizione della polizza:

- Cataratta;
- Varici;
- Emorroidi;
- Ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni (ad es. legamenti crociati);
- Meniscectomia;
- Calcolosi renale ed epatica;
- Diabete;
- Insufficienza renale;

- Malattie a carico della tiroide;
- Ipertrofia prostatica;
- Ernie: tutti i tipi.

Le stesse verranno tuttavia indennizzate con le seguenti modalità:
limitatamente ai primi 2 anni dalla sottoscrizione del contratto la Società, tramite UniSalute, provvederà alla liquidazione della sola garanzia di cui agli artt. 3.2 "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità giornaliera per ricoveri in Istituto di Cura" della garanzia Base light e 3.4 "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità giornaliera per ricoveri in Istituto di Cura" della garanzia Base della Sezione Malattia e Infortuni se ed in quanto operante, con riconoscimento di un limite massimo di 3 giorni per sinistro ed anno assicurativo. Per la ricostruzione capsulo-legamentosa delle articolazioni e la meniscectomia si conviene tra le Parti che, se causate da infortunio avvenuto durante la validità del contratto, le stesse saranno oggetto di indennizzo nel limite delle garanzie operanti.

Art. 1.9 - Forma delle comunicazioni
Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti, devono essere fatte con lettera raccomandata o a mezzo fax, salvo quanto previsto per l'ipotesi di recesso di cui all'art. 1.12 "Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione".

Art. 1.10 - Rinuncia al recesso in caso di sinistro
Le Parti rinunciano espressamente alla facoltà di recesso a seguito di sinistro.

Art. 1.11 - Altre assicurazioni
Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra può consentire alla Società di non corrispondere l'indennizzo. Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di comunicare l'esistenza o la successiva stipula di altre assicurazioni per lo stesso rischio nei casi di:
- polizze stipulate a favore degli stessi assicurati dal datore di lavoro in adempimento a contratti di lavoro aziendali, nazionali od integrativi, a meno che il Contraente di tali polizze sia il Contraente del presente contratto;
- garanzie infortuni provenienti automaticamente dalla titolarità di carte di credito, conti correnti bancari o da altre coperture provenienti da acquisti di beni o servizi non assicurativi.

In caso di sinistro deve esserne dato avviso a tutte le Compagnie assicuratrici, indicando a ciascuna di esse il nome delle altre.

Art. 1.12 - Proroga dell'assicurazione e periodo di assicurazione
In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita da una delle Parti almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto, se di durata non inferiore a 1 anno, è prorogato per una durata pari ad 1 anno, e così successivamente. Qualora il contratto abbia durata inferiore ad un anno esso cessa alla naturale scadenza senza che sia necessario l'invio della disdetta. Resta inteso che, nel caso in cui la polizza preveda una durata poliennale, il Contraente avrà comunque facoltà di recedere dal presente contratto al termine di ogni periodo assicurativo, mediante invio di lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Art. 1.13 - Assicurazione per conto altrui
Qualora la presente assicurazione sia stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi delle disposizioni dall'art.1891 del Codice Civile.

Art. 1.14 - Criteri per la determinazione del premio e suo adeguamento
Il premio viene determinato in base all'età dell'Assicurato e 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 anni	0%
Tra 14 e 15 anni	17%
Tra 15 e 19 anni	0%
Tra 19 e 20 anni	20%
Dal 20° anno in poi	3%

Art. 1.15 - Imposte, tasse, oneri fiscali e parafiscali
Le imposte, le tasse, gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art. 1.16 - Foro competente
Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 1.17 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana.

Art. 1.18 - Variazione delle persone assicurate
Le variazioni nel numero e nelle generalità delle persone assicurate, che avvengano nel periodo di validità del contratto devono essere comunicate per iscritto alla Società.
Quest'ultima, qualora sussistano le condizioni di assicurabilità delle persone da includere, provvede a sostituire il contratto.

2. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

Norme per la Sezione MALATTIA E INFORTUNI

Art. 2.1 - Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato (procedura valida solo per la garanzia prevista all'art. 3.4 "Prestazioni garantite" - lett. C) "Ospedalizzazione domiciliare post ricovero" e "Garanzia Supplementare (Opzionale)" prevista all'art. 3.5.1 "Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico" se ed in quanto operanti)

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800.822469 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0516389046) e specificare la prestazione richiesta.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi artt. 2.1.1 "Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute" e 2.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute".

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con UniSalute senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate all'art. 2.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute".

Art. 2.1.1 - Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute

L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

UniSalute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie del contratto.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei Suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese per prestazioni non contenute nelle garanzie di polizza, eccedenti il massimale assicurato o non autorizzate.

Qualora venga effettuato in una struttura convenzionata un Grande Intervento Chirurgico o prestazioni di ospedalizzazione domiciliare post ricovero da parte di personale medico non convenzionato, tutte le spese verranno liquidate con le modalità indicate all'art. 2.1.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute".

Qualora siano erogati servizi non previsti dal contratto e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al centro sanitario convenzionato.

Art. 2.1.2 - Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute o l'erogazione dell'indennità giornalie-

ra, l'Assicurato deve inviare direttamente a: **"UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO"**, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte.
  Tale modulo:
  - è compilabile tramite l'apposita funzione disponibile nella sezione "Sinistri/Rimborsi" - "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito ww.unisalute.it

  o, in alternativa
  - è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito ww.unisalute.it;
- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna ad UniSalute della copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del sinistro completa in ogni sua parte.

Per le prestazioni di cui all'art. 3.4 - lett. C) "Ospedalizzazione domiciliare post ricovero" della Garanzia Base e "Garanzia Supplementare (Opzionale)" all'art. 3.5.1 "Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico" della "Garanzia Supplementare (Opzionale)" se ed in quanto operanti, qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, verrà liquidato esclusivamente l'eventuale importo rimasto a Suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 2.2 - Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato (procedura valida per garanzie diverse da quelle disciplinate al precedente art. 2.1)

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso ad UniSalute entro 30 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile. Per ottenere il rimborso delle spese sostenute o l'erogazione dell'indennità giornaliera, l'Assicurato deve inviare direttamente a: **"UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO"**, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte.
  Tale modulo:
  - è compilabile tramite l'apposita funzione disponibile nella sezione "Sinistri/Rimborsi" - "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito ww.unisalute.it

  o, in alternativa
  - è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito ww.unisalute.it
- in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia o infortunio denunciata/o, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato, previa consegna ad UniSalute della copia fotostatica della documentazione

relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento, entro 45 giorni dalla ricezione della documentazione necessaria alla valutazione del sinistro completa in ogni sua parte.

Art. 2.2.1 - Diritto di verifica
In caso di sinistro, la Società, tramite UniSalute, ha diritto di verificare l'effettiva sussistenza delle condizioni che rendono operante la garanzia e può controllare, a mezzo dei propri consulenti, le condizioni di salute dell'Assicurato; a tal fine, l'Assicurato deve autorizzare detti consulenti a prendere visione della cartella clinica.

Art. 2.3 - Arbitrato irrituale
In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e sulle sue conseguenze, le Parti possono demandare per iscritto la decisione ad un Collegio di 3 medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. Qualora la richiesta di convocazione del Collegio Medico sia fatta dall'Assicurato, la Società si obbliga ad aderirvi.
Il Collegio Medico risiede nel comune sede di Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza anagrafica dell'Assicurato.
Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato; l'onere delle spese e competenze per il terzo medico rimane sempre a carico della Parte soccombente.
I risultati delle operazioni del Collegio Medico devono essere raccolti in un apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ciascuna delle Parti.
Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti anche se uno dei medici rifiuti di firmare il relativo verbale.
L'eventuale rifiuto di uno dei medici di firmare il verbale deve essere comunque attestato dagli altri medici nel verbale stesso.
Le Parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa delle decisioni del Collegio Medico, salvi i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

Norme per la Sezione ASSISTENZA

Art. 2.4 - Modalità per la richiesta di assistenza
Per ogni richiesta di assistenza l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute.
I numeri da contattare sono i seguenti:

Prestazioni in Italia
Per chi chiama dall'Italia:
800.212477 (numero verde);
per chi chiama dall'estero:
comporre il numero + 39 051 6389048.

Prestazioni all'estero
Per chi chiama dall'Italia: 051 4161781;
per chi chiama dall'estero:
comporre il numero + 39 051 4161781.

3. SEZIONE MALATTIA E INFORTUNI

Garanzia Base Light
(acquistabile in alternativa alla Garanzia Base e operante solo se indicata nella Scheda di polizza)

Art. 3.1 - Oggetto dell'assicurazione

La Società, tramite UniSalute, si obbliga a corrispondere all'Assicurato:
l'indennità giornaliera secondo quanto previsto dalle prestazioni indicate all'articolo 3.2 "Prestazioni garantite" lett. A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" nonché all'articolo 3.5 "Garanzia Supplementare" se ed in quanto operante con i limiti previsti, in conseguenza di:
- infortunio, anche se causato con colpa grave,
- malattia, parto o aborto terapeutico;

e l'indennità giornaliera secondo quanto previsto dalle prestazioni indicate all'articolo 3.2 "Prestazioni garantite" lett. B) "Indennità Giornaliera da Immobilizzazione" in conseguenza di:
- infortunio, anche se causato con colpa grave.

Art. 3.2 - Prestazioni garantite

A) **Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura**
A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termini di contratto, la Società, tramite UniSalute, corrisponde l'indennità giornaliera assicurata con il limite di 365 giorni per persona e per anno assicurativo. La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.
In caso di day-hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella prevista in caso di ricovero e per un massimo di 180 giorni per persona e per anno assicurativo. In caso di parto naturale l'indennità viene corrisposta per un massimo di 5 giorni per sinistro.

B) **Indennità Giornaliera da Immobilizzazione**
La Società, tramite UniSalute, corrisponde all'Assicurato il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera assicurata in caso di ricovero, di cui alla lettera A) dell'articolo 3.2 "Prestazioni garantite", a seguito di immobilizzazione resa necessaria da infortunio.
L'indennità giornaliera viene corrisposta:
- dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione quando l'infortunio non comporti ricovero;
- dal giorno della dimissione al giorno della rimozione quando l'applicazione è stata effettuata in regime di ricovero.

L'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 50 giorni per ogni infortunio e per anno assicurativo.

Garanzia Base
(acquistabile in alternativa alla Garanzia Base Light e operante solo se indicata nella Scheda di polizza)

Art. 3.3 - Oggetto dell'assicurazione

La Società, tramite UniSalute, si obbliga a corrispondere all'Assicurato in conseguenza di:
- infortunio, anche se causato con colpa grave,
- malattia, parto o aborto terapeutico,

una indennità giornaliera secondo quanto previsto dalle prestazioni indicate agli artt. 3.4 "Prestazioni garantite" lett. A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura", B) "Indennità giornaliera per convalescenza" e C) "Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero", nonché 3.5 "Garanzia Supplementare" e 3.6 "Garanzie Supplementari Multiple" della Sezione Malattia e Infortuni, se ed in quanto operanti e con i limiti ivi previsti ;
si precisa che limitatamente all'articolo 3.4 "Prestazioni garantite" lett. D) "Indennità

Giornaliera da Immobilizzazione", l'indennità giornaliera assicurata verrà corrisposta in conseguenza di:
• infortunio, anche se causato con colpa grave.

Art. 3.4 - Prestazioni garantite

A) Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termine del contratto, la Società, tramite UniSalute, corrisponde l'indennità giornaliera assicurata con il limite di 365 giorni per persona e per anno assicurativo. La prima giornata di ricovero e l'ultima sono considerate una sola giornata qualunque sia l'ora del ricovero o della dimissione.

In caso di day-hospital l'indennità viene corrisposta in misura pari al 50% di quella prevista in caso di ricovero e per un massimo di 180 giorni per persona e per anno assicurativo. In caso di parto naturale l'indennità viene corrisposta per un massimo di 5 giorni per sinistro.

B) Indennità Giornaliera per Convalescenza

A seguito di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termine di polizza, che renda necessaria una convalescenza per un periodo prescritto dal medico all'atto delle dimissioni, la Società, tramite UniSalute, corrisponde il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera assicurata in caso di ricovero di cui alla lettera A) del presente articolo per il periodo prescritto dal medico con il massimo del triplo dei giorni di degenza indennizzati, con il limite di 60 giorni per sinistro e 180 per persona e anno assicurativo.

La garanzia non è operante per:

a) parto non cesareo o aborto;
b) malattie della gravidanza e del puerperio;
c) ricoveri in regime di day-hospital.

C) Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero

La Società, tramite UniSalute, per un periodo di 120 giorni successivi alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione, attraverso la rete convenzionata UniSalute, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica. UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionati con UniSalute, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

La garanzia può essere erogata, nella modalità di rimborso, anche presso strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, previa valutazione del programma medico/riabilitativo suddetto. In questo caso le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 per ogni visita specialistica, prestazione/accertamento diagnostico o ciclo di terapia.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 2.000,00 per persona.

D) Indennità Giornaliera da Immobilizzazione

La Società, tramite UniSalute, corrisponde all'Assicurato il medesimo importo previsto per l'indennità giornaliera assicurata in caso di ricovero, di cui alla lettera A) del presente articolo a seguito di immobilizzazione resa necessaria da infortunio.

L'indennità giornaliera viene corrisposta:

• dal giorno dell'applicazione al giorno della rimozione quando l'infortunio non comporti ricovero;

- dal giorno della dimissione al giorno della rimozione quando l'applicazione è stata effettuata in regime di ricovero.

L'indennità giornaliera viene corrisposta per un massimo di 50 giorni per ogni infortunio e per anno assicurativo.

Art. 3.5 - Garanzia Supplementare (Opzionale)
(operante sia per la Garanzia Base Light che per la Garanzia Base e solo se richiamata nella Scheda di polizza)

Art. 3.5.1 - Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico

In caso di ricovero indennizzabile a termini di polizza reso necessario da "Grande Intervento Chirurgico", come da Allegato A, l'Assicurato può optare, in alternativa alla liquidazione dell'indennità giornaliera di cui agli artt. 3.2 "Prestazioni garantite" della Garanzia Base Light e 3.4 "Prestazioni garantite" della Garanzia Base della Sezione Malattia e Infortuni, per il rimborso, fino alla concorrenza di 300 volte l'indennità giornaliera assicurata, di cui alla lettera A) dell'articolo 3.4 "Prestazioni garantite", e con un massimo per sinistro ed anno assicurativo di € 35.000,00, delle seguenti spese sostenute durante il ricovero:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, risultanti dal referto operatorio;
- diritti di sala operatoria e materiali d'intervento, comprese le endoprotesi;
- assistenza medica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali ed esami, purchè relativi al ricovero ed alla patologia/infortunio che ha dato luogo al ricovero;
- rette di degenza.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, le spese sopra indicate per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture medesime senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute, le spese sostenute sopra indicate vengono rimborsate integralmente.
Se parte delle spese è sostenuta da ente pubblico o privato, il rimborso sarà limitato alle sole spese rimaste a carico dell'Assicurato.
La valutazione e la liquidazione delle spese sostenute o il rimborso delle stesse sono sempre effettuati in Euro e in Italia. Per le spese sostenute in divisa valutaria diversa dall'Euro, il rimborso sarà effettuato in Euro al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

Art. 3.6 - Garanzie Supplementari Multiple (Opzionali)
(operanti solo per la Garanzia Base e solo se richiamate nella Scheda di polizza)

Art. 3.6.1 - Scelta Energy

La garanzia assicurativa è operante per:

1) **Spese Pre e Post Ricovero**

   In caso di ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 3 giorni, la Società, tramite UniSalute, garantisce il rimborso delle spese sostenute e documentate dall'Assicurato nei 30 giorni precedenti e successivi il ricovero per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché inerenti la patologia o l'infortunio che ha determinato il ricovero. La presente garanzia non viene riconosciuta in caso di ricovero per parto naturale o con taglio cesareo.
   Il massimale assicurato è pari a € 1.000,00 per anno assicurativo e per persona.

2) **Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera**

   Nel caso di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termini di polizza, la Società, tramite UniSalute, rimborsa le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica privata individuale con un massimale giornaliero pari al 50% dell'importo dell'indennità giornaliera da ricovero convenuta di cui alla lettera A) dell'articolo 3.4 "Prestazioni

garantite" e per un massimo di 30 giorni per ricovero.

3) **Spese per la retta dell'accompagnatore**
Nel caso di ricovero in Istituto di Cura indennizzabile a termini di polizza, la Società, tramite UniSalute, rimborsa le spese documentate e sostenute dall'Assicurato per il vitto ed il pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di Cura con un massimale giornaliero pari al 50% dell'importo dell'indennità giornaliera da ricovero convenuta di cui alla lettera A) dell'articolo 3.4 "Prestazioni garantite" e per un massimo di 60 giorni per ricovero.

4) **Raddoppio dell'indennità**
L'indennità giornaliera assicurata per il ricovero in Istituto di Cura, prevista all'articolo 3.4 "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" della Garanzia Base, viene raddoppiata nel caso di:

- ricovero reso necessario da "malattie oncologiche";
- ricovero in unità di cure intensive;
- ricovero all'estero.

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

Art. 3.7 - Condizione Specifica (operante solo se richiamata nella Scheda di polizza)

A deroga di quanto previsto agli artt. 3.2 "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" della Garanzia Base Light e 3.4 "Prestazioni garantite" lettera A) "Indennità Giornaliera per Ricoveri in Istituto di Cura" della Garanzia Base se ed in quanto operante, si conviene tra le Parti che per ogni sinistro indennizzabile a termine del presente contratto assicurativo, la corresponsione dell'indennità giornaliera da ricovero decorrerà dal sesto giorno.

4. SEZIONE ASSISTENZA

Art. 4.1 - Garanzia base

La Società, tramite UniSalute, si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti delle singole prestazioni, nonché alle condizioni che seguono, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle prestazioni descritte nei punti successivi.

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800.822469 dal lunedì al venerdì dalle ore 8.30 alle ore 19.30. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

a) **Informazioni sanitarie telefoniche**
La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:
- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) **Prenotazione di prestazioni sanitarie**
La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

I seguenti servizi di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800.212477. Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389048.

c) **Pareri medici immediati**
Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica urgente da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

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

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

f) **Trasferimento in centro medico specializzato**
Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa

analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.
Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.
La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero

In collaborazione con IMA Italia Assistance S.p.A., UniSalute garantisce le seguenti prestazioni:

g) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di Cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 100,00 per sinistro.

h) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.
Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

i) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

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

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.
Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.
La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

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

l) Interprete a disposizione

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero ospedaliero all'estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete assumendosene i relativi costi fino ad un massimo di 8 ore lavorative per evento e per annualità assicurativa.

m) Rientro di minori

Qualora, a seguito di ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero, i figli minori di anni 15 si trovino senza un accompagnatore maggiorenne, UniSalute provvederà ad organizzare il rientro al domicilio dei figli dell'Assicurato tenendo a proprio carico le relative spese fino ad un massimo di € 500,00 per sinistro.

n) Rientro dall'estero

UniSalute provvede al rientro dell'Assicurato con accompagnamento di un parente residente in Italia mettendogli a disposizione un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, per accompagnare l'Assicurato stesso, dimesso dall'Istituto di Cura, alla propria abitazione e qualora non sia necessaria l'assistenza di personale medico e paramedico.

o) Rientro anticipato

La Centrale Operativa provvederà ad organizzare il rientro anticipato dell'Assicurato alla sua abitazione, in caso di pericolo di vita del coniuge, figlio, fratello, genitore, suocero, genero dell'Assicurato stesso. Il costo del biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe) è a carico di UniSalute.

5. ESCLUSIONI E LIMITI CONTRATTUALI OPERANTI PER TUTTE LE SEZIONI

Art. 5.1 - Rischi esclusi dall'assicurazione

L'assicurazione non è operante per:

a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, ad eccezione di quanto previsto all'articolo 1.8 "Interventi chirurgici/Patologie particolari" e di quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; si intendono esclusi gli interventi per la correzione di vizi di rifrazione oculare;

b) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;

c) le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate dall'Assicurato nonchè quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;

d) le conseguenze di infortuni derivanti da ubriachezza, da abuso di psicofarmaci, da uso di stupefacenti o allucinogeni nonché le malattie correlate al consumo di stupefacenti o allucinogeni e all'abuso di alcool e sostanze psicotrope;

e) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sports, anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, pugilato, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, football americano, freeclimbing, discesa di rapide, atletica pesante, salti dal trampolino con sci od idroscì, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, bobsleigh (guidoslitta), bob, skeleton (slittino), rugby, hockey, immersione con autorespiratore, speleologia, sports comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sports aerei in genere;

f) le conseguenze di infortuni causati dalla pratica di sports costituenti per l'Assicurato attività professionale;

g) l'aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze;

h) le terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale;

i) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);

l) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. 31 ottobre 1991 pubblicato sulla G.U. 262 del 8/11/1991) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere;

m) ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e istituti diversi da case di cura) ancorché qualificate come cliniche o Istituti di Cura;

n) le cure odontoiatriche e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;

o) 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.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;

p) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di eruzioni vulcaniche;

q) H.I.V.e gli stati patologici correlati ad essa.

Art. 5.2 - Validità territoriale

L'assicurazione vale per il mondo intero.

Art. 5.3 - Limiti di età

La presente assicurazione può essere sti-

pulata solo fino al compimento del settantaquattresimo anno e rinnovata solo fino al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato. In ogni caso l'assicurazione cessa alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato.

Per Codice del Consumo si intende il D.Lgs. del 6/9/2005 n. 206

Le presenti norme giuridiche possono costituire utile materiale di consultazione per l'Assicurato, fermi restando gli accordi contrattuali tra le Parti.

Avvertenza: c.c. = Codice Civile; c.p. = Codice Penale; ss. = Seguenti.

Art. 1892 c.c. - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento (1441 c.c. ss.) del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave (1893, 1894 c.c.).

L'assicuratore decade (2964 c.c. ss.) dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno.

Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza (1932 c.c.).

Art. 1893 c.c. - Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave

Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza (1892, 1894 c.c.).

Se il sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose (1932 c.c.).

Art. 1894 c.c. - Assicurazione in nome o per conto di terzi

Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al rischio, si applicano a favore dell'assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 c.c..

Art. 1898 c.c. - Aggravamento del rischio

Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato (1892, 1926 c.c.).

L'assicuratore può recedere dal contratto dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

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

Se il sinistro si verifica prima che siano tra-

scorsi i termini del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 c.c. - Mancato pagamento del premio

Se il Contraente non paga il premio o la prima rata di premio stabilita dal contratto, l'assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza.
Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto (1453 c.c.) se l'assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 c.c. - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore.
Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
Nel caso di sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913 c.c., indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti.
Se un assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri assicuratori.

Art. 1913 c.c. - Avviso all'assicuratore in caso di sinistro

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

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
- Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare

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

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

CHIRURGIA PEDIATRICA (**gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)**
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
- Correzione chirurgica di megauretere congenito
- Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO
- Tutti

Ed. 01/04/2014

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 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] (idonei, ad esempio, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.
Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza[3]. 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.

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti[4], ai relativi adempimenti normativi, 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 potranno 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 o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa[6].
Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli 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 ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.
Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it), entrambe 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 sono 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 o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni di informazione e promozione commerciale sui prodotti o servizi di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e delle altre società del Gruppo Unipol.

– NOTE –

1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni 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 c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.

3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.

4) 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.

5) Gruppo Assicurativo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili 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; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).

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, UniSalute S.p.A, con sede in Bologna, via Larga, 8.

USA_Info_Cont_01 – ed. 1/01/2014

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - 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

Modello 1263 – Ed. 01.04.2014 - Tipografia Casma - St. 25.000 - 3.2014