

Fascicolo Informativo

Contratto di assicurazione sanitaria

Iscritti CRAL Gruppo Unipol e AELA Gruppo Unipol

Redazione del 30/06/2018

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

INDICE

INDICE	2
NOTA INFORMATIVA	3
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	3
1. Informazioni generali	3
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	3
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO	3
3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni	4
4. Termini di aspettativa	4
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio	4
6. Legislazione applicabile	4
7. Regime fiscale	5
8. Premi	5
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	5
9. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo	5
10. Reclami	5
11. Arbitrato irrituale	5
GLOSSARIO	6
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	8
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	8
2. PERSONE ASSICURATE	8
3. RICOVERO	8
3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE E PARTO	8
3.2 TRASPORTO SANITARIO	9
3.3 DAY-HOSPITAL	9
3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE	9
3.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	9
3.6 PARTO E ABORTO	9
3.6.1 PARTO CESAREO	9
3.6.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO	10
3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA	10
3.8 NEONATI	10
3.9 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	10
3.10 INDENNITÀ SOSTITUTIVA	11
3.11 MASSIMALE ASSICURATO	11
4. TICKET PER VISITE SPECIALISTICHE E PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI	11
5. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI	11
6. CURE ONCOLOGICHE	11
7. SERVIZIO MONITOR SALUTE	12
7.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE	12
8. SERVIZI DI CONSULENZA	12
9. PREMI ANNUI	13
10. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO	13
11. NUOVE ADESIONI	13
A - CONDIZIONI GENERALI	13
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	13
A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE /TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE	14
A.3 DISDETTA DELLA SINGOLA ADESIONE	14
A.4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	14
A.5 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALLA SOCIETÀ'	14
A.6 ONERI FISCALI	14
A.7 FORO COMPETENTE	14
A.8 TERMINI DI PRESCRIZIONE	14
A.9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	14
A.10 ALTRE ASSICURAZIONI	14
B - LIMITAZIONI	14
B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE	14

B.2	ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	14
B.3	LIMITI DI ETÀ.....	15
C	- SINISTRI.....	15
C.1	DENUNCIA DEL SINISTRO.....	15
C.2	SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE	15
C.3	SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE	16
C.4	SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	16
C.5	CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	17
INFORMATIVA PRIVACY		19

NOTA INFORMATIVA

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione sanitaria "Iscritti CRAL Gruppo Unipol" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

Gentile Cliente,

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

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni che riguardano limitazioni ed esclusioni sono identificate nella presente Nota in questo modo **Avvertenze** e nelle Condizioni di assicurazione in **grassetto**, e sono da leggere con particolare attenzione.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le modifiche delle informazioni contenute nella presente Nota informativa e nel Fascicolo informativo, comprese quelle derivanti da future innovazioni normative. Il Contraente provvederà a comunicare agli iscritti le modifiche segnalate.

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 2016, il patrimonio netto dell'impresa è pari a € 5.528.469.295,01, con capitale sociale pari a € 2.031.456.338,00 e totale delle riserve patrimoniali pari a € 3.117.825.796,04.

L'indice di solvibilità (da intendersi quale rapporto tra 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 2.43.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacita proroga.

Avvertenza: In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto.

Si precisa inoltre che la Società ha affidato la gestione, la trattazione e la liquidazione dei sinistri a Unisalute s.p.a., via Larga 8, 40138 Bologna.

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione, sono le seguenti:

A) RICOVERO: Unisalute liquida le spese mediche per ricovero con o senza intervento chirurgico, day hospital e intervento chirurgico ambulatoriale. Sono inoltre comprese le spese sostenute nei 90 giorni precedenti e nei 90 successivi, attinenti all'evento stesso.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

B) TICKET PER VISITE SPECIALISTICHE E PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI: Unisalute rimborsa le spese sostenute per ticket sanitari di visite specialistiche e di accertamenti diagnostici.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI: Unisalute rimborsa le spese sostenute per alcune prestazioni odontoiatriche specificamente indicate.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

D) CURE ONCOLOGICHE: Unisalute liquida le spese per terapie mediche (ovvero non chirurgiche), quali chemioterapia, cobaltoterapia e radioterapia. Sono inoltre comprese le visite specialistiche e gli accertamenti per la diagnosi e il monitoraggio degli stessi.

Le presente garanzia non viene erogata in regime di ricovero o day hospital.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

E) SERVIZIO MONITOR SALUTE : Unisalute, in collaborazione con SiSalute, fornisce un servizio di monitoraggio di alcune patologie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente/Assicurato delle garanzie sopraindicate, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento dello scoperto:

1° esempio

Somma assicurata € 15.000,00

Richiesta di rimborso € 1.500,00

Scoperto 20%

20% = € 300,00

Indennizzo € 1.500,00 - 300,00 = € 1.200,00

Meccanismo di funzionamento del massimale:

2° esempio

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 12.000,00

Rimborso € 10.000,00

4. Termini di aspettativa

Non sono previsti termini di aspettativa.

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Non è prevista la compilazione del questionario sanitario.

6. Legislazione applicabile

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

7. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%.

8. Premi

Il premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società, qualora presente, al quale è stato assegnato il contratto, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate anticipate senza oneri aggiuntivi.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Avvertenza: Qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

9. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Le prestazioni previste dal Piano sanitario sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

10. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami Assistenza Clienti - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Tel.: 02 55604027 (da lunedì a giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12,30; venerdì dalle 9.00 alle 12.00) - Fax: 02 51815353 - E-mail: reclami@unipolsaiassicurazioni.it.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

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

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: www.unipolassicurazioni.it.

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

11. Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

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

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

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

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

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

GLOSSARIO**Aborto**

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

Aborto spontaneo

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

Aborto terapeutico

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

Accertamento diagnostico

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

Anno

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

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Contraente

FASCO S.M.S.

Cure termali

Trattamenti effettuati in Centri / Stabilimenti riconosciuti che possono utilizzare acque termali e loro derivati a fini terapeutici.

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.

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, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Intervento chirurgico

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici

Intervento chirurgico ambulatoriale

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

Istituto di Cura

Ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli

stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da Isvap dall' 1 gennaio 2013.

Libera professione intramuraria

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

Malattia

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

Massimale

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

Pandemia

Manifestazione collettiva d'una malattia con tendenza a diffondersi rapidamente.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

Retta di degenza

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

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

Sinistro

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

Società

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

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

UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A.

Direttore Generale

Matteo Laterza

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura reso necessario anche da parto;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- ticket per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici;
- cure oncologiche;
- prestazioni odontoiatriche particolari;
- servizio monitor salute;
- servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute
- c) Servizio Sanitario Nazionale

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

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione si intende valida a favore degli iscritti al CRAL Gruppo Unipol e ad AELA Gruppo Unipol nominativamente indicati che abbiano aderito a FASCO S.M.S. per le prestazioni riportate nel presente fascicolo informativo; in base alle combinazioni di premio di cui all'art. 9 possono essere inclusi nella copertura il coniuge o il convivente "more uxorio" e i figli, tutti risultanti dallo stato di famiglia.

3. RICOVERO

3.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA CON E SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, DAY-HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE E PARTO

Unisalute liquida le spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

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

b) Intervento chirurgico

Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi compresi gli apparecchi protesici e le endoprotesi applicati durante l'intervento.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

d) Rette di degenza

Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

Nel caso di ricovero in istituto di cura convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono liquidate direttamente ed integralmente .

Nel caso di ricovero in struttura non convenzionata, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 250,00 al giorno.

Nel caso di degenza in terapia intensiva, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 500,00 al giorno.

e) Accompagnatore

Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera.

In strutture sanitarie non convenzionate rimborso nel limite di € 55,00 al giorno per massimo di 30 giorni per ricovero.

f) Assistenza infermieristica privata individuale

Rimborso delle spese sostenute per assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

g) Post ricovero

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

3.2 TRASPORTO SANITARIO

Unisalute rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di € 1.035,00 per ricovero.

3.3 DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, Unisalute rimborsa le spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto" con i relativi limiti in essi indicati.

3.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, Unisalute rimborsa le spese sostenute per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. a) "Pre-ricovero", b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", g) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto" con i relativi limiti in essi indicati.

3.5 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

3.6 PARTO E ABORTO

3.6.1 PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato in struttura sanitaria pubblica o privata, Unisalute liquida le spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza", e) "Accompagnatore; g) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 5.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare sia nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Unisalute sia se non convenzionate.

3.6.2 PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato in struttura pubblica o privata, Unisalute liquida le spese per le prestazioni di cui ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. b) "Intervento chirurgico", c) "Assistenza medica, medicinali, cure", d) "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto nei limiti previsti al punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura", lettera g) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 2.200,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare sia nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con Unisalute sia se non convenzionate.

3.7 RIMPATRIO DELLA SALMA

In caso di decesso all'estero durante un ricovero, Unisalute rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di € 1.500,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare.

3.8 NEONATI

I neonati sono assicurati dal momento della nascita per le identiche garanzie previste per la madre, con decorrenza immediata, sempreché vengano inclusi in garanzia entro 30 giorni dalla nascita mediante comunicazione alla Società. In tal caso, per i neonati sono compresi in garanzia gli interventi e le cure per la correzione di malformazioni e di difetti fisici nei primi 180 giorni di vita, nel limite di € 30.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare sia in strutture convenzionate con Unisalute sia in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

3.9 MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI**a) Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati.**

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da Unisalute alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

- lett. a) "Pre ricovero";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.6 "Rimpatrio della salma"

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

punto 3.5 "Parto e aborto"

che vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti al punto indicato.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di €. 1.000,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio":

- lett. d) "Retta di degenza";
- lett. e) "Accompagnatore";
- lett. f) "Assistenza infermieristica privata individuale";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.5 "Parto e aborto";

punto 3.6 "Rimpatrio della salma"

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di ricovero in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di assistenza diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista al punto 3.9 "Indennità Sostitutiva".

Qualora l'Assicurato sostenga durante il ricovero delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, Unisalute rimborserà integralmente quanto anticipato dall'Assicurato nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'indennità sostitutiva".

Qualora il ricovero avvenga in regime di libera professione intramuraria con relativo onere a carico dell'Assicurato, le spese sostenute verranno liquidate secondo quanto indicato alle lett. a) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con Unisalute ed effettuate da medici convenzionati" qualora la struttura sia convenzionata con Unisalute e applicando quanto disposto al successivo punto C.3 "Sinistri in strutture convenzionate con Unisalute oppure secondo quanto previsto al punto b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con Unisalute" qualora la struttura non sia convenzionata con Unisalute e applicando quanto disposto al successivo punto C.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute".

3.10 INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a Unisalute, né per il ricovero né per altre prestazioni ad esso connesse avrà diritto a un'indennità di €. 150,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 200 giorni per ogni ricovero.

3.11 MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie sopraindicate corrisponde a € 150.000,00 per nucleo familiare.

Nel caso di "grande intervento chirurgico", intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco specifico allegato alla polizza, il massimale suindicato viene elevato a € 300.000,00.

4. TICKET PER VISITE SPECIALISTICHE E PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Unisalute rimborsa i ticket sanitari per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici con applicazione di una franchigia fissa di € 10,00 per ogni ticket.

Massimale annuo assicurato

€ 250,00 per nucleo familiare

5. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI

In deroga a quanto previsto al punto 3) dell'articolo B.2 "Esclusioni dall'assicurazione" delle Condizioni Generali, UniSalute provvede al pagamento diretto del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari di prevenzione, fruibile una volta all'anno in strutture sanitarie convenzionate previo contatto con la Centrale Operativa.

Le prestazioni sono:

Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo.

UniSalute autorizza una seconda seduta di ablazione del tartaro nello stesso anno assicurativo qualora il medico ne riscontri la necessità.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni quali ad esempio la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

6. CURE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche Unisalute liquida le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di ricovero o day hospital che in regime di extraricovero), con massimale autonomo.

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

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato Unisalute, le spese 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 rivolga a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con Unisalute, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20%.

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

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 5.000,00 per nucleo familiare.

7. SERVIZIO MONITOR SALUTE

Il Servizio Monitor Salute è offerto da UniSalute in collaborazione con SiSalute, divisione di UniSalute Servizi S.r.l., la nuova società controllata da UniSalute che offre servizi non assicurativi in ambito salute.

Si tratta di un servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione e broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) rivolto agli Assicurati con età maggiore o uguale a 50 anni. Per attivare il Servizio, l'Assicurato dovrà compilare il "Questionario Monitor Salute" presente sul sito www.unisalute.it, reperibile nell'Area Riservata nella quale ogni Assicurato può accedere tramite proprie credenziali di accesso.

L'Assicurato seguendo le indicazioni che verranno fornite durante la compilazione del Questionario, dovrà: inviare documentazione medica attestante la patologia cronica, sottoscrivere e inviare il consenso al trattamento dei dati personali; sottoscrivere e inviare il Modulo di Adesione al servizio.

In caso di risposte dubbie o non definitive al Questionario, SiSalute potrà contattare telefonicamente l'Assicurato al fine di concludere la procedura di attivazione del servizio.

Nel caso in cui l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio, SiSalute provvederà all'invio dei dispositivi medici coerenti con la patologia cronica da monitorare e all'attivazione degli stessi, previo contatto telefonico con l'Assicurato.

Unisalute, attraverso il suo personale qualificato, provvederà a monitorare a distanza la malattia cronica e all'occorrenza contatterà telefonicamente l'Assicurato, per verificare i valori rilevati dai dispositivi medici.

L'Assicurato avrà inoltre a disposizione un massimale aggiuntivo per visite specialistiche e accertamenti diagnostici inerenti la sua condizione di cronicità, da poter eseguire nelle strutture convenzionate con UniSalute di cui al punto seguente "Visite specialistiche e accertamenti diagnostici per patologie croniche".

Per risolvere problemi di carattere tecnico, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800169009, per richiedere invece informazioni sul servizio, l'Assicurato potrà contattare il numero verde dedicato 800244262.

La presente garanzia è prestata per l'intera annualità assicurativa sempre che l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

7.1 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE

Per gli Assicurati che sono entrati a far parte del programma di monitoraggio della cronicità, secondo i parametri indicati nel precedente punto "Servizio Monitor Salute", la Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici strettamente connessi alle patologie croniche da cui sono affetti gli Assicurati, con le modalità sotto indicate.

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

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

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

Il massimale annuo Assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a € 300,00 per persona.

8. SERVIZI DI CONSULENZA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde **800-009672** dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ecc.);
- assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero;
- 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.

c) Pareri medici

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

9. PREMI ANNUI

Per il complesso delle prestazioni sopraindicate, i premi annui finiti, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

a) Per il titolare single	€. 685,00
b) Per il titolare e il coniuge / convivente "more uxorio" risultante dallo stato di famiglia	€. 1.335,00
c) Per il titolare, il coniuge/ convivente "more uxorio" e 1 figlio risultante dallo stato di famiglia	€. 1.785,00
d) Per il titolare e relativo nucleo convivente, intendendo per tale il coniuge o convivente "more uxorio" e 2 o più figli, tutti risultanti dallo stato di famiglia	€. 2.315,00

10. MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Al momento dell'emissione della presente polizza la Contraente si impegna a versare alla Società, a titolo di anticipo di premio a copertura del rischio assicurato, un importo pari a quello indicato nel frontespizio, calcolato su un numero stimato di 50 titolari.

La Contraente provvederà a trasmettere alla Società le informazioni relative agli elementi anagrafici degli Assicurati, entro il **31/07/2018**.

Tali informazioni verranno trasmesse mediante apposito supporto informatico, contenente i seguenti dati degli Assicurati: cognome, nome, codice fiscale, luogo e data di nascita).

11. NUOVE ADESIONI

Le nuove adesioni alla copertura verranno effettuate con cadenza semestrale al 30/6 e al 31/12 di ogni anno. Relativamente alle adesioni con decorrenza 31/12, il premio da versare sarà pari al 60% del premio annuo.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del sessantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE /TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del 30/06/2019.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza del contratto.

A.3 DISDETTA DELLA SINGOLA ADESIONE

La disdetta della singola adesione dovrà essere inviata alla Contraente almeno sessanta giorni prima della scadenza del contratto.

A.4 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

A.5 FORMA DELLE COMUNICAZIONI DELLA CONTRAENTE E DELL'ASSICURATO ALLA SOCIETA'

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti debbono essere compiute per iscritto.

A.6 ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

A.7 FORO COMPETENTE

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

A.8 TERMINI DI PRESCRIZIONE

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

A.9 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

A.10 ALTRE ASSICURAZIONI

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

B - LIMITAZIONI**B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE**L'assicurazione non è operante per:**

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;

3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
5. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
6. gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
7. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
8. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
9. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
10. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
11. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
12. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
13. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
14. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
15. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, eventi atmosferici;
16. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale.

B.3 LIMITI DI ETÀ

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

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

C - SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009672 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Nel caso in cui motivi di urgenza certificati dalla struttura sanitaria non rendano possibile il preventivo ricorso alla Centrale Operativa, le spese verranno liquidate secondo quanto indicato ai successivi punti C.2. "Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute" o C.3 "Sinistri in strutture convenzionate con la 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 ai punti C.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute" e 3.9 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con Unisalute".

C.2 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare a UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti 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;
- in caso di ricovero(*), copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale;
- in caso di intervento chirurgico ambulatoriale(*), copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;

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

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

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a Unisalute della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruitive dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

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

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

C.3 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, al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura, la lettera d'impegno, con cui l'Assicurato si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dal piano, e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

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

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

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

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato verranno liquidate con le modalità previste al punto C.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

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

C.4 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri e le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti punti C.2 "Sinistri in strutture non convenzionate con Unisalute" e C.3 "Sinistri in strutture convenzionate con Unisalute".

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

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità sostitutiva, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale.

C.5 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

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

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

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

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

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

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

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Interventi demolitivi 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 echinococchi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Informativa 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 fornisce; tra questi ci possono essere anche dati di natura sensibile⁽²⁾, indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; 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. Il Suo indirizzo potrà essere eventualmente utilizzato anche per inviarLe, via posta, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽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, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁶⁾.

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

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che La riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa⁽⁷⁾.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

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

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

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

Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi.

Note

1) Ad esempio, contraenti di 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 consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali.

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 per 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 per 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-tarifarie.

5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. www.unipol.it.

6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; 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 malattia, UniSalute S.p.A., con sede in Bologna, via Larga, 8.