

Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione sanitaria

Piano sanitario Facoltativo Iscritti GAAT - Soci Onorari

Versione del 02/07/2019

DA RESTITUIRE FIRMATO



INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1
GLOSSARIO	1
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	5
1. PERSONE ASSICURATE	5
2. RICOVERO.....	5
2.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA	5
2.2. TRASPORTO SANITARIO.....	6
2.3. DAY-HOSPITAL	6
2.4. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE.....	6
2.5. TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	6
2.6. PARTO CESAREO	6
2.7. PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO	6
2.8. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI	6
2.9. INDENNITÀ SOSTITUTIVA	7
2.10. MASSIMALE ASSICURATO.....	7
4. SERVIZIO MONITOR SALUTE PER OVER 50	7
4.1. SERVIZIO MONITOR SALUTE	7
4.2. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI PER PATOLOGIE CRONICHE.....	8
5. SERVIZI DI CONSULENZA.....	8
6. PREMIO.....	9
7. INCLUSIONI / ESCLUSIONI	9
8. MODALITÀ DI PAGAMENTO DEL PREMIO.....	9
A - CONDIZIONI GENERALI	10
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	10
A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE	10
A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	10
A.4 ONERI FISCALI	10
A.5 FORO COMPETENTE	10
A.6 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	10
A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	10
A.8 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	10
A.9 ALTRE ASSICURAZIONI	10
A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE.....	10
A.11 OBBLIGHI E MODALITÀ DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	10
A.12 DIRITTO DI RECESSO.....	11
A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE.....	11
A.14 REGIME FISCALE.....	11
A.15 RECLAMI	11
B - LIMITAZIONI.....	12
B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE	12
B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE.....	12
B.3 LIMITI DI ETÀ.....	12
C - SINISTRI.....	12
C.1. DENUNCIA DEL SINISTRO	12
C.1.1. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	13
C.1.2. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	13
C.1.3. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	13
C.1.4. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	14
C.2. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE.....	14
C.3 CLAUSOLA BROKER	14
C.4 COASSICURAZIONE E DELEGA	15
C.5 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS 7/2013	16
C.6 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	16
1. Informazioni generali	16
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa.....	16
INFORMATIVA PRIVACY	1

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Versione del 02/07/2019

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.

Agenti

Gli intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione A del registro.

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.

Assistenza

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

Assistenza Infermieristica

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

Broker

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

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

Il soggetto che stipula la polizza.

Cure a carattere sperimentale

Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

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.

Dispositivo medico

Dispositivo, compreso il software informatico, impiegato a scopo di controllo e monitoraggio della patologia cronica secondo quanto previsto nella garanzia "Servizio Monitor Salute".

Documentazione sanitaria

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

FIN-NET

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

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.

Grandi interventi chirurgici

Interventi chirurgici e patologie riportati nelle Condizioni di assicurazione.

Imprese di assicurazione

Le imprese di assicurazione autorizzate in Italia e le imprese di assicurazione comunitarie che svolgono la loro attività in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi o in regime di stabilimento.

Indennità sostitutiva

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero o day hospital, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day hospital stesso.

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.

Intermediari

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

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

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

Intervento chirurgico

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

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.

Isvass

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 proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

Libera professione intramuraria

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

Lite transfrontaliera

La controversia tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro.

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

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

Medicinale

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

Medicina non ufficiale

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

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.

Presa in carico Comunicazione della Società al centro convenzionato in ordine alle prestazioni che la Società stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella presa in carico è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

Questionario Monitor Salute

Documento contenente le informazioni sullo stato di cronicità dell'Assicurato, compilato e sottoscritto dal medesimo.

Reclamo

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

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo, ad esempio il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

Registro

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

Retta di degenza

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

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.

SiSalute

Divisione della Società Unisalute Servizi S.r.l.

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

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

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia o infortunio;
- day-hospital;
- intervento chirurgico ambulatoriale;
- parto cesareo;
- parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo;
- servizio monitor salute per over 50;
- 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 la Società

b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società

c) Servizio Sanitario Nazionale

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

L'Assicurazione vale anche per le conseguenze di condizioni patologiche preesistenti alla stipula del contratto.

1. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore degli Ex Agenti Generali iscritti al Gruppo Agenti di assicurazione Toro con la qualifica di Socio Onorario e del coniuge o convivente "more uxorio" che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura.

Qualora un Socio decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo, fermo quanto disposto all'art. 6 "Inclusioni/Esclusioni".

2. RICOVERO

2.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA

La Società provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Pre-ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 150 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 comprese le endoprotesi.

c) Assistenza medica, medicinali, cure

Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi 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 non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 232,00 al giorno.

e) Accompagnatore

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

Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di € 50,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.

f) 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 180 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

2.2. TRASPORTO SANITARIO

La Società 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 nel limite del massimale dell'area ricovero.

2.3. DAY-HOSPITAL

Nel caso di day-hospital, compreso il caso di day-hospital effettuato a fine esclusivamente diagnostico, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

2.4. INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, la Società provvede al pagamento delle spese 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", f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

2.5. 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" 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.

2.6. PARTO CESAREO

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle 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, f) "Post-ricovero", e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 10.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che 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".

2.7. PARTO NON CESAREO, ABORTO TERAPEUTICO E SPONTANEO

In caso di parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle 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 f) "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" lett. f) "Post-ricovero" e 3.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di € 4.000,00 per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che 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".

2.8. MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di una franchigia di € 1.000,00 restante a carico dell'Assicurato, che deve essere versata da questi alla struttura sanitaria convenzionata al momento della fruizione della prestazione, ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura"

– lett. a) "Pre ricovero";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

che vengono rimborsate all'Assicurato nei limiti previsti ai punti indicati, al netto della franchigia di € 1.000,00 prevista per ogni evento.

Viene fatta ulteriore eccezione per le prestazioni di cui al punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura" lett. f) "Post ricovero", qualora queste siano effettuate presso centri convenzionati con Unisalute da medici convenzionati, esclusivamente per le prestazioni di ricovero e non per le prestazioni elencate nella sub-garanzia post-ricovero. Tali spese verranno infatti integralmente rimborsate, al netto della franchigia di € 1.000,00 prevista per ogni evento, dove con evento s'intende il complesso delle prestazioni facenti capo al medesimo ricovero e/o day hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, comprese pertanto le prestazioni di pre e post ricovero.

Le garanzie:

– punto 3.6 "Parto cesareo";

– punto 3.7 "Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo";

vengono liquidate alla struttura sanitaria convenzionata nei limiti previsti ai punti indicati.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'Assicurato con uno scoperto del 25% con il minimo non indennizzabile di € 2.500,00 ad eccezione delle seguenti:

punto 3.1 "Ricovero in Istituto di cura"

– lett. d) "Retta di degenza";

– lett. e) "Accompagnatore";

punto 3.2 "Trasporto sanitario";

punto 3.6 "Parto cesareo";

punto 3.7 "Parto non cesareo, aborto terapeutico e spontaneo";

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

Si precisa che con evento si intende il complesso delle prestazioni facenti capo al medesimo ricovero e/o day hospital e/o intervento chirurgico ambulatoriale, comprese le prestazioni di pre e post ricovero

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, la Società 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 rimborsate secondo quanto indicato "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con la Società ed effettuate da medici convenzionati" o "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società".

2.9. INDENNITA' SOSTITUTIVA

L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day hospital, né per altre prestazioni ad essi connesse, avrà diritto a un'indennità di € 100,00 per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per sinistro.

Nel caso di ricovero in day hospital l'importo giornaliero dell'indennità sostitutiva si riduce a € 50,00 per ogni giorno di day hospital.

2.10. MASSIMALE ASSICURATO

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle garanzie suindicate corrisponde a € 100.000,00 per nucleo familiare.

Nel caso di "Grande Intervento Chirurgico", intendendo per tali quelli contenuti nell'elenco allegato alla polizza, il massimale suindicato si intende elevato a € 200.000,00.

4. SERVIZIO MONITOR SALUTE PER OVER 50

4.1. 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 tele-monitoraggio, 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 o poter ottenere il rimborso delle spese sostenute nel Servizio Sanitario Nazionale come indicato nell'Art. 34.2 "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 tele-monitoraggio.

4.2. 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 nell'Art. 4.1 "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 fosse domiciliato in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate con la Società, potrà rivolgersi a strutture sanitarie o a personale non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate 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.

5. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-009644 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

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.

6. PREMIO

I premi annui per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

- | | |
|---|------------|
| a) Nucleo di 1 persona composto dal solo Socio Onorario | € 1.283,00 |
| b) Nucleo di 2 persone inteso come Socio Onorario e il coniuge o convivente "more uxorio" | € 2.543,00 |

7. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per i soci, e per il loro relativo familiare, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'articolo "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per i soci in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione del coniuge o convivente "more uxorio" come definito al punto "Persone assicurate", secondo capoverso, in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio o nuova convivenza; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni e sia stato pagato il relativo premio; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia alla Società, sempreché sia stato pagato il relativo premio.

2) Inserimento di nuovi soci in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di soci in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove adesioni. La garanzia per il socio e il coniuge o convivente "more uxorio" come indicato al punto "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'adesione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora l'adesione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora il socio intenda inserire l'eventuale coniuge o il convivente "more uxorio" risultante dallo stato di famiglia, dovrà includerlo nella copertura all'atto dell'adesione e non potrà inserirlo successivamente. L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo e pagamento del relativo premio.

Eventuali esclusioni verranno effettuate mediante restituzione all'Assicurato del premio annuo pagato e non goduto per il periodo di tempo intercorrente tra la data di esclusione e la prima scadenza utile di polizza, al netto delle imposte.

3) mancato rinnovo dell'adesione

Nel caso di mancato rinnovo dell'adesione, l'ex-socio e l'eventuale coniuge o convivente "more uxorio" assicurato vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo previste ai numeri precedenti del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

- al 100% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel primo semestre assicurativo;
- al 60% del premio annuo per coloro che entrano in copertura nel secondo semestre assicurativo.

8. 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.

La Contraente provvederà a trasmettere alla Società le informazioni ricevute dalla Cassa/Azienda cui fanno capo tutti gli Assicurati, relative all'esatto numero dei dipendenti assicurati, scaduto il termine previsto per la finestra di adesione del 15/09/2019.

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

La Società procederà alla regolazione della rata contante mediante emissione di atto di variazione per l'importo a tal fine determinato.

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 quindicesimo 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

La polizza ha durata annuale, ha effetto dalle ore 24 del 30/06/2019 e scade alle ore 24 del 30/06/2020 senza tacito rinnovo.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 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.5 FORO COMPETENTE

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

A.6 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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.7 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.8 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

Nei casi di modifiche statutarie attinenti al trasferimento di sede sociale, al cambio di denominazione sociale o di trasferimento di tutto o parte del portafoglio, di fusione o scissione del portafoglio stesso, la Società invierà al Contraente e/o all'Assicurato una specifica comunicazione entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione.

A.9 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.

A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

Le circostanze legate al trasferimento della sede operativa o della sede legale dell'Azienda assicurata o le eventuali variazioni della professione degli assicurati possono influire sul rischio. Il Contraente, ai sensi dell'art. 1898 c.c., ha quindi l'obbligo di comunicare per iscritto alla Società dette circostanze.

A.11 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Il Contraente si impegna a mettere a disposizione dei singoli beneficiari di polizza le Condizioni di assicurazione (o la Guida al Piano Sanitario se prevista), concordando preventivamente con la Società le opportune modalità di consegna o di messa a disposizione.

A.12 DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

A.14 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%.

A.15 RECLAMI

Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale, segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, dell'effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto, ovvero un servizio assicurativo, ovvero il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori), devono essere inoltrati per iscritto a: **UniSalute S.p.A. Ufficio Reclami - Via Larga, 8 - 40138 Bologna** - fax 0517096892 - e-mail reclami@unisalute.it.

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it.

I reclami relativi al comportamento dell'Agente, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'Agenzia di riferimento.

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

I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B (Broker) e D (Banche, Intermediari Finanziari ex art. 107 del TUB, SIM e Poste Italiane - Divisione servizi di banco posta) del Registro Unico Intermediari, devono essere inoltrati per iscritto direttamente alla sede dell'Intermediario e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.

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

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

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

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

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

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

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

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;

- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista dalle Condizioni di Assicurazione.

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.

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. le prestazioni 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.
8. 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;
9. gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
10. il trattamento delle malattie 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 ed 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 del 90° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 91° anno d'età da parte dell'Assicurato.

C - SINISTRI

C.1. DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione della prestazione sul sito www.unisalute.it utilizzando la funzione "Prenotazione visite/esami" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti. Se non può accedere ad internet e in caso di ricovero, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-009644 (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 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società", "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale" o "Sinistri in strutture convenzionate con la Società".

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

Qualora l'Assicurato utilizzi una struttura sanitaria convenzionata con la Società 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 "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private e pubbliche non convenzionate con la Società".

C.1.1. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - 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;
- 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 alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'Assicurato al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società 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 "Modalità di erogazione delle prestazioni" lett. b) "Prestazioni in strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con la Società" 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.1.2. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per i ricoveri effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o "Sinistri in strutture convenzionate con la Società".

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, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

C.1.3. SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

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, correlata ad un ricovero, 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 la Società 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 ai punti "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" o "Sinistri nel servizio sanitario nazionale" e con l'applicazione di scoperti e franchigie previsti nelle singole garanzie.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società 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.1.4. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa ricevuta dalla Società in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge mentre - qualora la Società dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali - si restituisce all'Assicurato, la sola documentazione eventualmente ricevuta in originale.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle Sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

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

C.2. 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.

C.3 CLAUSOLA BROKER

L'assicurazione è ripartita per quote tra le imprese in appresso indicate.

Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale.

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker Assigeco Srl e le Imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega all'impresa Assigeco Srl; di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker Assigeco Srl il quale tratterà con l'impresa Delegataria, informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare esperti (periti, medici,

consulenti, ecc.). È fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza, il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite del Broker direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.

Il pagamento del premio realizzato in buona fede al broker ed ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente alla Delegataria e alle Coassicuratrici, ai sensi dell'art. 118 del D. Lgs. 209/2005.

Ad eccezione delle comunicazioni riguardanti la durata e la cessazione del rapporto assicurativo che debbono necessariamente essere fatte dal Contraente, le comunicazioni fatte alla Delegataria dal Broker, in nome e per conto del Contraente, si intenderanno come fatte dal Contraente stesso. In caso di contrasto tra le comunicazioni fatte dal Broker e quelle fatte direttamente dal Contraente alla Delegataria, prevarranno queste ultime.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza della Delegataria da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte alla Delegataria soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte alla Delegataria e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte della Delegataria stessa. (N.B.: paragrafo da coordinare/modificare nell'eventualità che nella polizza siano previste condizioni diverse, più favorevoli per l'assicurato)

Il Broker è tenuto a dare comunicazione delle attività sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. 120 e 121, del D. Lgs. 209/2005 e dell'art. 55, comma 2, del Regolamento Isvap n. 5/2006.

Qualora il Contraente (o l'Azienda) revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le Parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa. L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

Ogni modificazione del contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna Coassicuratrice solo dopo la firma dell'atto relativo o dopo l'esplicita accettazione della modifica, effettuata a mezzo telegramma, telefax o altri mezzi concordemente ritenuti idonei ed aventi data oggettivamente certa. Tale documentazione verrà tempestivamente trasmessa dal Broker alla Delegataria.

C.4 COASSICURAZIONE E DELEGA

L'assicurazione è ripartita fra le Società per quote in appresso indicate, ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota, quale risulta dal contratto, esclusa ogni responsabilità solidale. Tutte le comunicazioni inerenti al contratto, ivi comprese quelle relative al recesso e alla disdetta, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite di

UNISALUTE S.p.A. - COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI - all'uopo designata quale Coassicuratrice Delegataria.

Ogni comunicazione si intende fatta o ricevuta dalla Delegataria nel nome e per conto di tutte le Coassicuratrici. Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria, per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare in nome e per conto delle Coassicuratrici esperti (periti, medici, consulenti, etc...).

Ogni modifica al contratto che richieda una nuova stipulazione scritta, impegna ciascuna di esse solo dopo la firma dell'atto relativo.

La Delegataria è anche incaricata dalle Coassicuratrici dell'esazione dei premi o di importi comunque dovuti all'Assicuratore in dipendenza del contratto contro rilascio delle relative quietanze; scaduto il premio, la Delegataria può sostituire le quietanze eventualmente mancanti delle altre Coassicuratrici con altra propria rilasciata in loro nome.

Riparto di coassicurazione:

UNISALUTE	70% DELEGATARIA
UnipolSai	30% COASSICURATRICE

C.5 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS 7/2013

Il 16 luglio 2013 l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni ha pubblicato il Provvedimento n. 7 (di seguito, il "Provvedimento") in materia di home insurance.

In particolare, l'home insurance mira a semplificare e velocizzare il rapporto con l'impresa di assicurazione attraverso una più efficace gestione dei rapporti contrattuali assicurativi anche in via telematica.

La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un'"Area provv. IVASS 7/2013" accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall' "AREA SERVIZI CLIENTI" già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.

Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

C.6 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 - sito internet www.unisalute.it - indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicuratrici: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2018, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 184,32 milioni con capitale sociale pari ad € 17,50 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 130,01 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2018, è pari ad € 108,69 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 41,19 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 152,71 milioni e ad € 134,82 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2018, pari a 1,39 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA

- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo (compreso prelievo di vasi)
- Intervento per corpi estranei o tumori del cuore
- Operazione per embolia dell'arteria polmonare
- Pericardiectomia totale
- Resezione del cuore (aneurisma, infarto, ecc.)
- Sezione o legatura del dotto arterioso del Botallo
- Sostituzione valvolare singola o multipla, valvuloplastica
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO

- Anastomosi vasi intra-extra cranici
- Asportazione di neoplasie endocraniche o di aneurismi
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Craniotomia per ematoma extradurale o per lesioni traumatiche intracerebrali
- Endoarteriectomia o chirurgia dei vasi del collo

- Intervento endorachideo per asportazione di neoplasie, cordotomie, radicotomie, ed affezioni meningomollari
- Intervento per derivazione liquorale diretta ed indiretta
- Intervento per epilessia focale
- Intervento per traumi cranio-cerebrali, vertebro-midollari Intervento per tumori della base cranica per via transorale
- Intervento per tumori orbitali
- Intervento sulla cerniera atlanto-occipitale
- Intervento sull'ipofisi per via transfenoidale
- Laminectomia per tumori intradurali extramidollari
- Laminectomia per tumori intramidollari
- Neurotomia retrogasseriana, sezione intracranica di altri nervi
- Operazione endocranica per ascesso ed ematoma intracranico
- Operazione per encefalomeningocele, mielomeningocele
- Rizotomia chirurgica intracranica
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi simili
- Terapia chirurgica delle fistole artero venose

CHIRURGIA GENERALE

- Anastomosi porto-cava o spleno-renale o mesenterica-cava
- Amputazione del retto per via addomino-perineale, addomino-sacrale
- Colectomia totale con linfadenectomia
- Coledoco o epatico digiuno-duodenostomia
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparatomica
- Intervento demolitivo del pancreas
- Intervento per fistola gastro-digiuno-colica
- Intervento per la ricostruzione delle vie biliari
- Resezione anteriore rettocolica
- Resezione epatica
- Tiroidectomia per neoplasie maligne
- Esofagectomia totale
- Gastrectomia totale con linfadenectomia

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Asportazione di tumori tipici del bambino
- Asportazione tumore di Wilms
- Atresia congenita dell'esofago
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Fistola congenita dell'esofago
- Fistola e cisti dell'ombelico: del canale onfalomesenterico con resezione intestinale
- Megacolon: operazione addomino-perineale di Buhamel o Swenson
- Megacolon: resezione anteriore
- Megauretere
- Occlusione intestinale del neonato
- Polmone cistico e policistico (lobectomia pneumonectomia)
- Spina bifida: mielomeningocele
- Torace ad imbuto e torace carenato

CHIRURGIA TORACICA

- Intervento per fistole del moncone bronchiale dopo lobectomia o pneumonectomia
- Intervento sul mediastino per tumori
- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Resezione segmentaria o lobectomia

CHIRURGIA VASCOLARE

- Bypass aorta addominale
- Bypass aortico biliaco o bifemorale
- Interventi per aneurismi dell'aorta toracica o addominale
- Intervento per aneurismi artero venosi delle arterie carotide, vertebrale, succlavia, tronco branchiocefalico, iliaca
- Tromboendarteriectomia aorto-iliaca

GINECOLOGIA- OSTETRICIA

- Eviscerazione pelvica
- Isterectomia totale con annessiectomia per via laparatomica
- Panisterectomia radicale per tumori maligni
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Artroprotesi anca totale (onnicomprensivo di ogni altro intervento preparatorio o concomitante)
- Intervento per scoliosi vertebrale
- Artrodesi vertebrale per via anteriore o posteriore
- Artroprotesi ginocchio
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Emipelvectomy
- Intervento per ernia del disco intervertebrale
- Osteosintesi vertebrale

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori maligni del naso o dei seni mascellari, frontali
- Laringectomy totale, laringofaringectomy
- Neurinoma dell'ottavo paio
- Ricostruzione della catena ossiculare

UROLOGIA

- Nefrectomia allargata per l'limare
- Orchiectomy allargata con linfectomia
- Prostatectomia per carcinoma
- Resezione renale con clarnpaggio vascolare
- Uretero-ileo-anastomosi monolaterale
- Cistoprostatovesiculectomia totale
- Nefroureterectomy totale
- Surrenalectomia
- Uretero-ileo-anastomosi bilaterale

TRAPIANTI D' ORGANO

- Tutti