Incontra
Assicurazioni

UNICREDIT MY CARE SALUTE
- NUOVA EDIZIONE -

Assicurazione Spese Sanitarie

Gentile Cliente
alleghiamo i seguenti documenti:

- **DIP DANNI (Documento informativo precontrattuale Danni)**
- **DIP AGGIUNTIVO DANNI (Documento informativo precontrattuale aggiuntivo Danni)**
- **CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE comprensive di Glossario (redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti)**
- **INFORMATIVA PRIVACY**

Incontra
Assicurazioni

Incontra Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia) - incontra.assicurazioni@pec.allianz.it - Tel. +39 027216.1
Fax +39 027216.5078 - Capitale sociale i.v. Euro 5.200.000,00 - Registro delle Imprese di Milano, CF 02381450101 - P.IVA 0566776100
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 22/3/84 pubblicato sulla G.U. n. 105 del 14/4/84.
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione
e riassicurazione Sez. I al n. 1.00059 e facente parte del Gruppo Assicurativo Allianz iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 018

www.incontraassicurazioni.it

GENTILE CLIENTE,

per consentirti una lettura facilitata del Set informativo, desideriamo anticiparti qui alcune precisazioni:

DI CHE PRODOTTO SI TRATTA?

È un piano sanitario a copertura delle esigenze di tutela della salute.

COSA GARANTISCE?

La polizza prevede la copertura di alcune spese sanitarie, a seguito di Malattia e Infortunio, suddivise in:

- Area Ricovero
- Area Extra Ricovero
- Accessorie

nonchè alcune prestazioni di Assistenza

LA GRAFICA

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione troverai evidenziati alcuni contenuti che necessitano di particolare attenzione, mentre quelli più complessi saranno accompagnati da **box esplicativi.**

A tal proposito è bene precisare che tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una esemplificazione. Per questo, è bene quindi porre sempre la dovuta attenzione alle condizioni a cui si riferiscono.

Incontra
Assicurazioni

CONTATTI UTILI
Incontra Assicurazioni S.p.A.
Piazza Tre Torri, 3 Milano 20145
Sito internet: www.incontraassicurazioni.it

Assicurazione Spese Sanitarie

Documento informativo precontrattuale per i prodotti di assicurazione danni - DIP DANNI

Compagnia: Incontra Assicurazioni S.p.A. Prodotto: UNICREDIT MY CARE SALUTE

Incontra Assicurazioni S.p.A. - C.F. 02381450101 - P.IVA 05667761000 - Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n.1.00059 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 22/03/1984 pubblicato sulla G.U. n.105 del 14/04/1984, soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Allianz, iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n.018.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza offre una copertura delle spese sanitarie nei casi di Malattia e Infortunio.

Che cosa è assicurato?

Il prodotto assicura le spese sanitarie sostenute dall'Assicurato per Ricovero a seguito di un Grande Intervento Chirurgico e/o di Gravi Malattie.
L'assicurazione è operante anche per le spese non connesse ad un Ricovero e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto.

✓ AREA RICOVERO
Nel caso di Ricovero in Istituto di Cura, Day Hospital o Intervento Chirurgico senza Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie, Incontra Assicurazioni S.p.A. (di seguito "la Società") provvede al pagamento delle spese connesse comprese quelle sostenute nei 120 giorni prima e nei 120 giorni successivi al Ricovero.
Nel caso di Ricovero a seguito di Malattia e/o Infortunio diverso da Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie, l'Assicurato avrà diritto ad una diaria per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 100 giorni.

✓ AREA EXTRA RICOVERO
Alta Specializzazione: la Società provvede al pagamento (entro specifico Massimale) delle spese per prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto.
Visite Specialistiche ed Accertamenti Diagnostici
Trattamenti Fisioterapici a seguito di Infortunio: solo per fini riabilitativi e solo in presenza di certificato di Pronto Soccorso.
Protesi ortopediche e acustiche.
Prestazioni odontoiatriche: comprende la Prevenzione Odontoiatrica, le Prestazioni odontoiatriche da Infortunio, gli Interventi Chirurgici Odontoiatrici extra Ricovero e le Cure odontoiatriche tra cui le terapie conservative, protesi e ortodonzia.

✓ GARANZIE ACCESSORIE
Non Autosufficienza Temporanea: la Società, nel caso in cui l'assicurato si trovi in uno stato di non autosufficienza temporanea, provvede al pagamento delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza.
Prevenzione: esami e visite ad hoc per uomini e donne in funzione dell'età.
Benessere: visite e consulti finalizzati al benessere.
Second Opinion: in presenza di una grave Malattia accertata, l'Assicurato può richiedere di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti alla verifica di esperti delle diverse discipline specialistiche.
Tariffe Agevolate: prevede per l'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso i Centri Sanitari Convenzionati e/o personale medico e sanitario convenzionato in caso di esaurimento del Massimale o di prestazioni non previste dalla Polizza.
Pacchetto Maternità e Pacchetto Maternità Integrativo: in caso di gravidanza successiva alla stipulazione della Polizza, la Società provvede al pagamento delle spese per prestazioni connesse alla gravidanza (tra cui amniocentesi, ecografie di controllo, analisi del sangue e monitoraggio gravidanza oltre la diaria giornaliera seguito Ricovero per Parto o Aborto terapeutico); sono previste, inoltre, ulteriori prestazioni per le neomamme.
Pacchetto Neonato: in caso di nascita di un figlio durante l'operatività del contratto, la Polizza prevede una copertura gratuita del neonato fino alla scadenza annuale successiva alla nascita. In caso di nascita dal quarto figlio in poi, durante l'operatività del contratto con assicurati padre e/o madre ed il resto dei figli, è prevista una copertura gratuita fino al compimento dei 18 anni.
Pacchetto COVID-19: comprende alcune tipologie di prestazioni in caso di positività al tampone naso faringeo e Ricovero ospedaliero.

✓ ASSISTENZA
La Società, tramite UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato alcune Prestazioni di Assistenza, compresa quella domiciliare ed il tele e videoconulto, nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà, a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle Condizioni di Assicurazione.

La Società presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in Polizza (c.d. Massimale/somma assicurata).

Che cosa non è assicurato?

Non sono assicurate le prestazioni sanitarie che non sono conseguenza di Infortunio, Malattia.

✗ Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute le persone di età pari o superiore a 75 anni al momento della stipula.
✗ Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone che abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:
✗ Tumori maligni insorti nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza;
✗ Morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, demenze senili, SLA, Corea di Huntington, atrofia multi sistemica, demenza a corpi di Lewy, malattia del motoneurone;
✗ Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica; Pancreatite acuta e cronica;
✗ Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza; Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1 e tipo 2 (solo se insulino dipendente);
✗ Angina pectoris, infarto insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica;
✗ Sieropositività HIV;
✗ Invalidità civile riconosciuta o in fase di riconoscimento superiore al 60%;
✗ Trapianti di organi o arti.

Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti e Franchigie contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.
Sono altresì presenti nelle medesime coperture alcune esclusioni, tra le quali quelle relative alle seguenti ipotesi:

! TUTTE LE GARANZIE (esclusa Assistenza): cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; cure e gli interventi per la correzione di vizi di refrazione oculare; cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale e al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza; la Medicina non convenzionale e le cure a carattere sperimentale; gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo.
! ASSISTENZA: Prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà; alcun aiuto o rimborso in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle Prestazioni di Assistenza.

Dove vale la copertura?

✓ La copertura vale nel mondo intero, salvo alcune prestazioni, opportunamente indicate, erogate esclusivamente in Italia.

Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare. Si precisa che la Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dal Contraente e/o dall'Assicurato. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione. Il contratto non prevede ipotesi di aggravamento del rischio.

Quando e come devo pagare?

Il Premio deve essere pagato presso la filiale dell'intermediario che ha in gestione l'Assicurazione; se essa è stata stipulata per una durata annuale, il Premio deve essere versato annualmente. Se l'Assicurazione è stipulata per una durata quinquennale, il Premio deve essere versato in forma unica e anticipata per tutta la durata dell'Assicurazione; alla scadenza, e così per i rinnovi successivi, il Premio dovrà essere versato annualmente. Il versamento del Premio avviene mediante autorizzazione all'addebito diretto su conto corrente intestato o cointestato al Contraente e intrattenuto presso una filiale di UniCredit S.p.A; in alternativa, per le sole persone fisiche, anche tramite carte prepagate della gamma Genius Card o carte di credito della gamma UniCreditCard Flexia oppure mediante l'utilizzo di Smart Voucher, intestati o cointestati al Contraente, secondo le modalità previste dall'Intermediario o. Sono concedibili sconti di Premio in relazione alla durata del contratto. Se il contratto è stipulato con durata quinquennale il Premio viene calcolato con applicazione di una riduzione, che sarà indicata in Polizza, rispetto a quello previsto per la durata annuale.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze.

Il contratto prevede il tacito rinnovo e, pertanto, in mancanza di disdetta da comunicarsi mediante lettera raccomandata A.R., fax oppure PEC (Posta Elettronica Certificata), almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, il contratto è prorogato di un Anno e così successivamente.

Inoltre, se alla scadenza contrattuale la Società comunica nuove condizioni di Premio, il mancato pagamento del nuovo Premio comporta che il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.

In caso di chiusura del conto corrente o della carta prepagata della gamma Genius Card o della carta di credito della gamma UniCreditCard Flexia intestati al Contraente, aperti presso una delle filiali di UniCredit S.p.A. e sulla quale vengono addebitati i Premi, la Polizza cessa con effetto dalla prima scadenza contrattuale successiva alla chiusura dei suddetti rapporti. In caso di polizza quinquennale e chiusura dei rapporti di pagamento durante il quinquennio, la polizza cesserà a partire dalla scadenza del 5° anno.

La copertura cessa automaticamente alla scadenza annuale successiva al compimento del 80esimo anno di età dell'Assicurato; qualora l'Assicurazione sia stipulata solo per tale Assicurato, allora il contratto cesserà automaticamente senza necessità di disdetta, mentre se sia stipulata per una pluralità di Assicurati cesserà limitatamente a tale Assicurato.

Come posso disdire la polizza?

Il contratto prevede il tacito rinnovo ed è necessario comunicare disdetta almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione, con lettera raccomandata A.R., mediante fax oppure mediante PEC (Posta Elettronica Certificata).

Se il contratto è stato stipulato con durata quinquennale, hai la facoltà di recedere soltanto dopo i primi cinque anni di durata contrattuale, senza oneri e con preavviso di trenta giorni.

Assicurazione Spese Sanitarie

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

Incontra Assicurazioni S.p.A

Prodotto: UniCredit My Care Salute

Data: 01/12/2023 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

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

L'Assicurato deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Incontra Assicurazioni S.p.A., avente sede legale in Italia in Piazza Tre Torri, 3 20145 Milano, Numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano e Codice Fiscale 02381450101 - Partita I.V.A.05667761000.
Recapiti: e-mail info.incontra.assicurazioni@allianz.it, PEC incontra.assicurazioni@pec.allianz.it; telefono +39027216.1, sito internet www.incontraassicurazioni.it.
Incontra Assicurazioni è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 22/03/1984 pubblicato sulla G.U. n. 105 del 14/04/1984. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00059 e facente parte del Gruppo Assicurativo Allianz iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 018.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2022, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 60,29 milioni con capitale sociale pari ad € 5,20 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 26,78 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Compagnia dosponibile sul sito www.incontraassicurazioni.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 2022, è pari ad € 35,20 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 15,84 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri pari ad € 103,80 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2022, pari a 2,95 volte il requisito patrimoniale di solvibilità.

Al contratto si applica la Legge Italiana.

Che cosa è assicurato?

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

Che cosa NON è assicurato?

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

Ci sono limiti di copertura?

! Alle coperture assicurative offerte dal contratto, in caso di utilizzo di centri sanitari e/o equipe medica/personale NON convenzionati, sono applicati Scoperti contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo:

- ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie: rimborso con Scoperto del 20% minimo € 1.000 e massimo € 6.000
- alta specializzazione; visite specialistiche e accertamenti diagnostici; trattamenti fisioterapici; protesi ortopediche e acustiche; test sierologico e tampone naso faringeo del Pacchetto Covid-19 (tranne in caso di provincie senza Centri Sanitari Convenzionati): rimborso con Scoperto del 20% minimo € 60
- interventi chirurgici odontoiatrici extra Ricovero; cure dentarie, terapie conservative, protesi e ortodonzia: rimborso con Scoperto del 20% minimo € 100

Sono altresì presenti nelle medesime coperture ulteriori esclusioni quali:

TUTTE LE GARANZIE (esclusa Assistenza):

- le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza 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;
- le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previso all'interno dell'Art. 2.B.5 "PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE";
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti o aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche; le conseguenze dirette o indirette di pandemie, salvo quanto previsto all'Art. 2.C.9 PACCHETTO COVID-19.
- le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove o allenamenti, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- le conseguenze di infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;

ASSISTENZA:

La Società:

- non si assume responsabilità per danni conseguenti a un suo ritardato o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato;
- non riconosce rimborsi né importi compensativi relativi a coperture delle quali l'Assicurato non ha usufruito per sua scelta o perché non ne ha avuto la necessità;
- non riconosce rimborsi, né indennizzi compensativi, per prestazioni organizzate da altre compagnie di assicurazione o da altri enti o che non siano state richieste, in fase di erogazione dell'assistenza, alla Centrale Operativa e da questa organizzate;
- non risponde dei fatti dolosi o colposi di professionisti dalla stessa incaricati di erogare le consulenze telefoniche ed è estranea a ogni eventuale controversia che insorgesse tra l'Assicurato e tale professionista.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di Sinistro

- presentare denuncia alla Società;
- mettere a disposizione della Società ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare il Sinistro;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle spese (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc);
- fornire tutta la documentazione sanitaria in copia fotostatica, o in originale se richiesta, necessaria per consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

Inoltre per:

A. Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata

L'Assicurato deve sempre e preventivamente contattare la Centrale Operativa

- al numero verde **800-009673** se in Italia
- al numero **+39 051 6389046** se dall'estero

specificando la prestazione. Le prestazioni autorizzate da UniSalute saranno liquidate da quest'ultima direttamente al Centro Sanitario Convenzionato, salvo eventuali Franchigie previste dalle Condizioni di Polizza.

B. Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata

L'Assicurato deve sempre e preventivamente contattare la Centrale Operativa

- al numero verde **800-009673** se in Italia
- al numero **+39 051 6389046** se dall'estero

Le prestazioni autorizzate da UniSalute saranno liquidate da quest'ultima direttamente al Centro Sanitario Convenzionato. L'Assicurato deve pagare direttamente le prestazioni nei confronti dell'equipe medica non convenzionata e richiedere successivamente il rimborso delle spese sostenute.

C. Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso

Per richiedere il rimborso di quanto speso o per il pagamento dell'indennità sostitutiva l'Assicurato, che può rivolgersi direttamente a UniSalute, deve compilare e sottoscrivere il modulo per la richiesta di rimborso.
Tale modulo è reperibile all'interno della Sezione "Modulistica" del sito www.unisalute.it.
Il modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta a UniSalute, unitamente a copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di Ricovero o copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra Ricovero all'indirizzo: "UniSalute S.p.A. - Rimborsi Incontra - Via Larga 8 40138 Bologna BO".

D. Assistenza

Per la richiesta di PRESTAZIONI DI ASSISTENZA EROGATE IN ITALIA, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa:

- al numero verde **800-212477** se in Italia
- al numero **+39 051-6389048** se dall'estero specificando la prestazione richiesta.

Le prestazioni sono attive 24 ore su 24, tutti i giorni dell'Anno.

Per la richiesta di PRESTAZIONI DI ASSISTENZA EROGATE ALL'ESTERO, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa:

- al numero **+39 051-4161781**

specificando la prestazione richiesta.
Le prestazioni sono attive 24 ore su 24, tutti i giorni dell'Anno.

Per la richiesta di PRESTAZIONI DI CONSULENZA EROGATE IN ITALIA, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa:

- al numero verde **800-009673** se in Italia
- al numero **+39 051-6389046** se dall'estero

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 19:30, festivi esclusi.

E. Non Autosufficienza Temporanea

Per la richiesta di Prestazioni di Non Autosufficienza Temporanea, entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza, l'Assicurato o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

a) chiamare il numero verde gratuito **800-009673** (dall'estero numero non gratuito +39 051 6389046) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
b) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del Sinistro, da spedire a: UniSalute S.p.A. - Servizi di Liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata A.R..

Cosa fare in caso di sinistro?	**F. Ospedalizzazione Domiciliare** Per richiedere l'Opedalizzazione Domiciliare l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa: • al numero verde **800-009673** se in Italia, • al numero **+39 051 6389046** se dall' estero, specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30, festivi esclusi. **G. Second Opinion** L'Assicurato dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa attraverso il numero verde **800-822469**. In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita. L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato previa consegna a UniSalute di copia della documentazione relativa alle spese sostenute. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo
	Assistenza diretta / in convenzione: il contratto prevede la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso a un circuito di Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. UniSalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti dei Centri Sanitari Convenzionati, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da essi erogati.
	Gestione da parte di altre imprese: la Società, per la gestione e la liquidazione dei sinistri, si avvale di UniSalute S.p.A. e della sua Centrale Operativa.
	Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'Impresa	La Società liquida l'indennizzo spettante all'Assicurato in relazione alle richieste di rimborso. Entro 45 giorni, dalla presentazione di tutti i documenti completi dalla stessa richiesti.

Quando e come devo pagare?

Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Rimborso	In caso di esercizio del diritto di ripensamento, entro i primi 30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione, l'Assicurato potrà recedere dal contratto e avrà diritto al rimborso del Premio (al lordo delle imposte, se non ancora versate all'erario dalla Società oppure al netto delle imposte, se già versate).

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata:	Il contratto prevede un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun Indennizzo; la carenza varia a seconda dell'evento denunciato dall'Assicurato. La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del: - giorno di effetto della Polizza per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto; - trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto; - centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto; - centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto; - trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per la garanzia prevista dal Pacchetto Neonato. Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa dalla stessa Società e riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il termine di aspettativa di cui sopra opera: - dal giorno di effetto della garanzia di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima risultanti; - dal giorno di effetto della garanzia di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e diverse prestazioni da essa previste.
Sospensione:	Non è contrattualmente prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	In caso di ripensamento il Contraente può recedere dal contratto di assicurazione entro 30 giorni dalla sua decorrenza mediante compilazione e sottoscrizione dell'apposito modulo, disponibile presso la filiale dell'Intermediario dove è stata sottoscritta l'Assicurazione oppure dandone comunicazione a mezzo di lettera raccomandata A.R. alla filiale medesima.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

A chi è rivolto questo prodotto?

E' una polizza dedicata a persone fisiche di età inferiore ai 75 anni al momento della stipula del contratto con l'esigenza principale di protezione contro il rischio di spese sanitarie in caso di Malattia o Infortunio e l'ottenimento di prestazioni di assistenza.
E' riservata a Contraenti,

- persone fisiche titolari o contitolari di un conto corrente presso UniCredit S.p.A. o, di una carta prepagata della gamma Genius Card
- liberi professionisti e ditte individuali titolari o contitolari di un conto corrente presso UniCredit S.p.A.

con residenza o sede legale in Italia, che intendano tutelare se stessi e/o i soggetti dagli stessi identificati

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: l'importo mediamente percepito dall'intermediario è pari al 30%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento della Società, devono essere inoltrati per iscritto a: Incontra Assicurazioni S.p.A. - Servizio Clienti - Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano, e-mail reclami.incontra.assicurazioni@allianz.it I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela. I reclami riguardanti il solo comportamento tenuto dall'intermediario e dai suoi dipendenti e collaboratori coinvolti nel ciclo operativo della Società, saranno gestiti direttamente dall'Intermediario e potranno essergli indirizzati a mezzo di lettera raccomandata A.R. oppure per via telematica all'indirizzo riportato sul sito internet dell'intermediario. Tuttavia, ove il reclamo dovesse pervenire alla Società, la stessa lo trasmetterà tempestivamente all'intermediario affinché provveda ad analizzare il reclamo e a dare riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni stabilito dalla vigente normativa regolamentare. Eventuali reclami riguardanti congiuntamente sia il comportamento dell'intermediario e dei suoi dipendenti e collaboratori sia quello della Società, in relazione al contratto o servizio assicurativo, verranno trattati per la parte di rispettiva competenza dalla Società e dall'intermediario e verranno separatamente riscontrati al reclamante entro il termine dei 45 giorni stabilito dalla vigente normativa. Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.incontraassicurazioni.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste. Una volta ricevuto il reclamo, la Compagnia deve fornire riscontro al reclamante/proponente nel termine massimo di 45 giorni.
All'IVASS	Nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine previsto è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it. I reclami indirizzati all'IVASS contengono: a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie:	Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro le parti possono demandare la decisione a un Collegio arbitrale secondo la procedura definita "Arbitrato irrituale". Liti transfrontaliere: 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 https://ec.europa.eu/info/business-economy-euro/banking-and-finance/consumer-finance-and-payments/consumer-financial-services/financial-dispute-resolution-network-fin-net_it chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

AVVERTENZE

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

UNICREDIT MY CARE SALUTE

Assicurazione Spese Sanitarie

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DI GLOSSARIO

Codice Prodotto 30103 - V1 - Ed. 12/2023

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

Incontra Assicurazioni

Incontra Assicurazioni

INDICE PAGINE

GLOSSARIO 1 di 42

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE 4 di 42
2. SEZIONI SPESE SANITARIE E ASSISTENZA 8 di 42
   - A. SPESE SANITARIE AREA RICOVERO 8 di 42
   - B. SPESE SANITARIE AREA EXTRA RICOVERO 9 di 42
   - C. SPESE SANITARIE GARANZIE ACCESSORIE 11 di 42
   - D. ASSISTENZA 17 di 42
3. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI 32 di 42

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA 38 di 42

ALLEGATO A - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI 40 di 42

RIFERIMENTI UTILI 42 di 42

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione troverai alcuni **box esplicativi.**
A tal proposito è bene precisare che tali spazi non hanno alcun valore contrattuale ma ne costituiscono, in alcuni casi, solo una esemplificazione. Per questo, è bene quindi porre sempre la dovuta attenzione alle condizioni a cui si riferiscono

GLOSSARIO

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

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.

Animale: cane di proprietà dell'Assicurato e che vive in modo continuativo con l'Assicurato.

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

Assicurato: soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

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

Assistenza o Prestazione di Assistenza: l'aiuto immediato che la Società mette a disposizione dell'Assicurato quando, in conseguenza di un evento fortuito, questi viene a trovarsi in una situazione di difficoltà che richiede un intervento immediato.

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

Best Doctors: la società che coadiuva UniSalute nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia "Second Opinion". Best Doctors, Calle Almagro 36, 28010 Madrid - Spagna.

Centrale Operativa: la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, alcune delle prestazioni previste dalla Polizza, dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30, festivi esclusi.
La Centrale Operativa in particolare 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.

Centro Sanitario Convenzionato: Istituto di Cura, poliambulatorio, centro specialistico e/o diagnostico, convenzionati con UniSalute, ove l'Assicurato previa richiesta e autorizzazione ricevuta da Unisalute può accedere per fruire delle prestazioni sanitarie garantite dalla Polizza e il cui costo viene liquidato, in nome e per conto dell'Assicurato, direttamente dalla Società.

Contraente: il soggetto che stipula l'Assicurazione, assumendosene i relativi obblighi tra i quali è preminente il pagamento del Premio.

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

Day-Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche (con esclusione di accertamenti a scopo di diagnostica anche preventiva) praticate in Istituto di Cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

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

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

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

Equipe Medica Convenzionata: medici che assistono l'Assicurato durante il Ricovero e/o medici e paramedici partecipanti all'Intervento Chirurgico, convenzionati con UniSalute che, previa richiesta ed autorizzazione ricevuta da UniSalute, forniscono le prestazioni il cui costo viene sostenuto dalla stessa, in nome e per conto dell'Assicurato.

Franchigia: la parte del danno, espressa in cifra fissa, che per ogni Sinistro 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 riportati nell'Allegato A alle Condizioni di Assicurazione.

Gravi Malattie:
- **Tumore maligno** inteso come ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia maligna invasiva, incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkins, i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive. Sono esclusi il cancro in situ (tumore che non ha ancora invaso i tessuti dell'organo colpito) e i basaliomi;
- **Ictus** inteso come emorragia o infarto celebrale dall'esordio improvviso;
- **Infarto miocardico acuto** inteso come sindrome coronarica acuta che causa la morte o la necrosi di una porzione del muscolo cardiaco.

Indennizzo/Rimborso: somma dovuta dalla Società in caso di Sinistro.

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

Intermediario: UniCredit S.p.A..

Intervento Chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici, attraverso l'incisione della cute o comunque dei tessuti dell'organismo anche mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, luminosa o termica.

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 autorizzati 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.

Malattia: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che 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: la somma indicata in Polizza che rappresenta il limite massimo di Indennizzo/Rimborso in caso di Sinistro.

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

Periodo Assicurativo - Annualità Assicurativa: in caso di Polizza di durata pari a un Anno, è il periodo che inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alla scadenza della Polizza stessa. In caso di Polizza di durata superiore a un Anno, il primo periodo inizia alle ore 24 della data di effetto della Polizza e termina alle ore 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di un Anno.

Polizza: il documento che prova l'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1888 del Codice Civile.

Premio: somma dovuta dal Contraente alla Società come corrispettivo dell'Assicurazione.

Retta di Degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che intensiva.

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

Rischio: probabilità che si verifichi un Sinistro.

Scoperto: percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni Sinistro, rimane a suo carico.

Second Opinion: consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.

Sinistro: il verificarsi delle prestazioni di carattere sanitario avvenute e fatturate durante l'operatività del contratto per le quali è prestata l'Assicurazione e che comportano un'attività gestionale per UniSalute. In caso di Ricovero o Day-Hospital, il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di inizio del Ricovero o del Day-Hospital o diversamente il momento di insorgenza del Sinistro coincide con la data di effettuazione e fatturazione della prestazione sanitaria assicurata.

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

Struttura Organizzativa: la struttura di UniSalute attiva 24 ore su 24 per 365 giorni all'Anno costituita da operatori e personale specializzato che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla copertura Assistenza.

Termini di aspettativa: il periodo che intercorre tra la decorrenza del contratto e la decorrenza della garanzia assicurativa.

UniSalute: la Compagnia di Assicurazione UniSalute S.p.A, con sede in Via Larga 8 - 40138 Bologna, a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei Sinistri.

1. NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Quando comincia la copertura e quando finisce

Art. 1.1 - Decorrenza dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento, fermo restando quanto previsto all'Art. 1.2 Termini di aspettativa.
Se il Contraente non paga il Premio o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Art. 1.2 - Termini di aspettativa

La copertura assicurativa decorre dalle ore 24 del:
- giorno di effetto della Polizza per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto;
- trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza, per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto;
- centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto;
- centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le conseguenze di Malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto;
- trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza per le garanzie previste dal Pacchetto Neonato.

Qualora la presente Polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra Polizza emessa dalla stessa Società e riguardante gli stessi Assicurati e identica garanzia, il termine di aspettativa di cui sopra opera:
- dal giorno di effetto della garanzia di cui alla Polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di effetto della garanzia di cui alla presente Polizza, limitatamente alle maggiori somme e diverse prestazioni da essa previste.

Analogamente in caso di variazioni intervenute nel corso del presente contratto, i termini di aspettativa suddetti decorrono dalla data di variazione stessa per le maggiori somme e le diverse persone o prestazioni assicurate.

Art. 1.3 - Durata del contratto e sconto per poliennalità[1]

La Polizza può avere durata annuale o quinquennale.
Se l'Assicurazione è stipulata per una durata quinquennale il Premio, per ciascuna Annualità Assicurativa, viene calcolato con applicazione della riduzione tariffaria percentuale indicata in Polizza. Il Premio esposto in Polizza è già comprensivo della suddetta riduzione.

Art. 1.4 - Diritto di ripensamento

Il Contraente ha la facoltà di recedere dall'Assicurazione, entro 30 giorni dalla data di decorrenza dell'Assicurazione stessa. In tal caso, l'Assicurazione si intende come mai entrata in vigore e la Società

1. Quale durata può avere l'Assicurazione?
L'Assicurazione può avere una durata annuale o quinquennale. Con la durata quinquennale viene riconosciuto uno sconto sul Premio; la percentuale di sconto applicato - rispetto al Premio che il Cliente pagherebbe se l'Assicurazione avesse durata annuale - viene indicata nella scheda di Polizza.
Se la durata della Polizza è quinquennale il Cliente non potrà recedere in anticipo dal contratto.
Sia che la Polizza duri un anno, sia che duri cinque anni, il Cliente ha comunque il diritto di "ripensarci" entro 30 giorni dalla sua decorrenza, come riportato all'art. 1.4 Diritto di ripensamento.

provvederà al rimborso del Premio al Contraente (al lordo delle imposte, se non ancora versate all'erario dalla Società oppure al netto delle imposte, se già versate), mediante:

- accredito su conto corrente, su carta prepagata della gamma Genius Card o su carta di credito della gamma UniCreditCard Flexia intestati o cointestati al Contraente;

oppure

- estinzione di eventuale prestito finalizzato all'acquisto della Polizza.

Il Contraente, per esercitare tale diritto, deve, entro il suddetto termine, compilare e sottoscrivere l'apposito modulo, disponibile presso la filiale dell'Intermediario dove è stata sottoscritta l'Assicurazione oppure dandone comunicazione a mezzo di lettera raccomandata A.R. alla filiale medesima.

Art. 1.5 - Proroga del contratto e tacito rinnovo[2]

Il contratto è prorogato per un Anno e così successivamente in mancanza di disdetta comunicata da una delle parti almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione con lettera raccomandata A.R., mediante fax oppure mediante PEC (Posta Elettronica Certificata), se l'Assicurato o Contraente ne è in possesso, diretta alla filiale dell'Intermediario dove è stata sottoscritta l'Assicurazione o alla Direzione della Società.

Se il contratto ha una durata di 5 anni il Contraente può esercitare la facoltà di Recesso dal contratto solo dopo i primi 5 anni di durata contrattuale, ai sensi dell'art. 1899, 1° comma del Codice Civile; anche in tal caso la disdetta va comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Assicurazione.

Art. 1.6 - Cessazione dell'Assicurazione per chiusura rapporto tra il Contraente e UniCredit

In caso di chiusura del conto corrente o della carta prepagata della gamma Genius Card o della carta di credito della gamma UniCreditCard Flexia intestati o cointestati al Contraente, aperti presso una delle filiali di UniCredit S.p.A. e sulla quale vengono addebitati i Premi, il contratto assicurativo si risolve, senza necessità di disdetta, con effetto dalla prima scadenza contrattuale successiva alla chiusura dei suddetti rapporti. Di conseguenza, in caso di polizza quinquennale e chiusura dei rapporti di pagamento durante il quinquennio, il contratto si risoverà a partire dalla scadenza del 5° anno.

Art. 1.7 - Recesso in caso di Sinistro

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

Art. 1.8 - Modifiche dell'Assicurazione e sostituzione di Polizza

Tutte le variazioni del contratto devono avvenire mediante sostituzione della Polizza.

La sostituzione della Polizza può avvenire soltanto alla scadenza di ogni annualità del contratto ed è prevista per i seguenti casi:

- variazione delle persone assicurate
- variazioni della combinazione

La sostituzione dovrà essere eseguita per il tramite della filiale UniCredit S.p.A. che ha in gestione la Polizza, mantenendo ferma la scadenza originaria se l'Assicurazione è stata stipulata per una durata pluriennale.

Inoltre nell'attuare la sostituzione:

- dovrà essere applicata la tariffa in vigore al momento della sostituzione;
- per i nuovi Assicurati e le nuove somme assicurate l'applicazione delle delimitazioni dell'Assicurazione riguardanti Art. 1.2 Termini di aspettativa, Art. 2.1 Persone non assicurabili, Art. 2.2. Limiti di età, Art. 2.3 Esclusioni, avverrà con riferimento alla data di effetto della nuova Polizza.

In caso di variazione della residenza o del recapito del Contraente deve esserne dato avviso alla filiale di UniCredit S.p.A. che ha in gestione la Polizza che provvederà a comunicarlo alla Società, senza necessità di sostituzione della Polizza.

2. La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza?

La polizza prevede il tacito rinnovo annuale. Pertanto, in mancanza di disdetta da una delle parti, alla scadenza indicata in polizza il contratto si rinnoverà automaticamente di anno in anno.

Quando e Come devo pagare

Art. 1.9 - Pagamento del Premio
I Premi devono essere pagati presso la filiale UniCredit S.p.A. che ha in gestione l'Assicurazione.
Se l'Assicurazione è stata stipulata per una durata annuale il Premio deve essere versato annualmente.
Se l'Assicurazione è stipulata per una durata quinquennale il Premio deve essere versato in forma unica e anticipata per tutta la durata dell'Assicurazione. Alla scadenza dell'Assicurazione e così per i rinnovi successivi il Premio dovrà essere versato annualmente.
Il versamento del Premio avviene, sia per il Premio alla firma di questo contratto che per i Premi relativi ai rinnovi successivi, mediante autorizzazione all'addebito diretto su conto corrente intestato o cointestato al Contraente e intrattenuto presso una filiale di UniCredit S.p.A; in alternativa, per le sole persone fisiche, anche tramite carte prepagate della gamma Genius Card o carte di credito della gamma UniCreditCard Flexia oppure mediante l'utilizzo di Smart Voucher, intestati o cointestati al Contraente secondo le modalità previste dall'Intermediario.

Art. 1.10 - Revisione del Premio alla scadenza
La Società, alla scadenza del Contratto e ad ogni scadenza annuale successiva, in caso di eventuali variazioni nella tariffazione dei rischi oggetto del contratto metterà a disposizione del Contraente le nuove condizioni di Premio attraverso comunicazione inviata almeno 60 giorni prima della scadenza al Contraente stesso. Il pagamento da parte del Contraente del nuovo Premio proposto equivale ad accettazione e comporta il rinnovo del contratto che viene variato solo in tale elemento. Nel caso in cui il Contraente non intenda accettare il nuovo Premio potrà esercitare la sua facoltà di disdetta entro i termini e modalità di cui Art. 1.5 Proroga del contratto e tacito rinnovo. In ogni caso, qualora il Contrante non intenda accettare il nuovo Premio e non provveda al pagamento, anche in mancanza di disdetta la Società rinuncia ad agire per la sua riscossione e il contratto si intende cessato per disdetta alla data di scadenza.

Che obblighi ho

Art. 1.11 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio[3]
La Società presta la garanzia nei termini di cui alla presente Polizza nel rispetto di quanto previsto dall'Art. 2.1 Persone non assicurabili.
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 1.12 - Aggravamento / diminuzione del Rischio
Non sono presenti ipotesi di aggravamento e diminuzione del Rischio.

Altre norme

Art. 1.13 - Forma delle comunicazioni
Tutte le comunicazioni alle quali l'Assicurato, il Contraente e la Società sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata A.R., mediante fax oppure mediante PEC (Posta Elettronica Certificata) se l'Assicurato o il Contraente ne è in possesso, diretta alla filiale UniCredit S.p.A. alla quale è assegnata la Polizza o alla Direzione della Società.

3. Come faccio a sapere cosa prevedono gli artt. 1982, 1893 e 1894 del Codice Civile riguardo alle dichiarazioni dell'Assicurato?
Per poter facilmente consultare il contenuto degli articoli del Codice Civile, al fondo delle Condizioni di Assicurazione è stata inserita la Sezione "NORME DI LEGGE RICHIAMATE", nella quale è riportato il testo integrale dei suddetti articoli.

Art. 1.14 - 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 del Contraente o dell'Assicurato in caso di Sinistro di darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Art. 1.15 - Validità territoriale
L'Assicurazione vale per il mondo intero salvo le prestazioni, come opportunamente indicate, che vengono erogate esclusivamente in Italia.

Art 1.16 - 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.

Art. 1.17 - Foro competente
Per ogni controversia il foro competente è quello del luogo di residenza/sede legale o domicilio elettivo del Contraente o dell'Assicurato.

Art. 1.18 - Rinvio alle norme di legge
Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

2. SEZIONE SPESE SANITARIE E ASSISTENZA

Cosa assicura

A. SPESE SANITARIE AREA RICOVERO

2.A.1 RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO[4] E GRAVI MALATTIE

Nel caso di **Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital o Intervento Chirurgico senza Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie** la Società, nei limiti dei Massimali previsti in Polizza, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

1) **Pre-Ricovero:** esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 120 giorni precedenti l'inizio del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico senza Ricovero purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati;
2) **Intervento Chirurgico:** onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultanti dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi;
3) **Assistenza medica, medicinali, cure:** prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di Ricovero in Istituto di Cura, Day-Hospital, Intervento Chirurgico senza Ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di Ricovero con Intervento Chirurgico;
4) **Rette di Degenza:** non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie;
5) **Accompagnatore:** retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura;
6) **Assistenza Infermieristica individuale** durante il Ricovero;
7) **Post-Ricovero:** esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 120 giorni successivi alla cessazione del Ricovero, Day-Hospital e Intervento Chirurgico senza Ricovero purché resi necessari dalla Malattia o dall'Infortunio che li ha determinati. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'Istituto di Cura;
8) **Trasporto Sanitario:** trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con un'unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di Cura, trasferimento da un Istituto di Cura ad un altro e rientro alla propria abitazione, con il massimo per Annualità Assicurativa e per Assicurato di Euro 1.500 nella Combinazione A - VALORE e di Euro 3.000 nella Combinazione B - VALORE+.
   La presente garanzia è prestata esclusivamente a rimborso;
9) **Trapianti:** spese sostenute per il prelievo sul donatore sia deceduto sia vivente;
10) **Rimpatrio della salma:** in caso di decesso dell'Assicurato durante un Ricovero all'estero, con il massimo per Annualità Assicurativa e per Assicurato di Euro 1.500 nella Combinazione A - VALORE e di Euro 3.000 nella Combinazione B - VALORE+;
11) **Indennità sostitutiva:** in assenza di richiesta di rimborso per spese effettuate durante il Ricovero, né per altra prestazione ad esso connessa, l'Assicurato avrà diritto ad un'indennità di Euro 200,00 nella Combinazione A - VALORE e di Euro 400,00 nella Combinazione B - VALORE+ per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 100 giorni.
   La Società provvederà comunque all'Indennizzo delle spese previste ai punti 1) Pre-Ricovero e 7) Post-Ricovero.
   L'indennità sostitutiva non verrà corrisposta in caso di Day-Hospital o Intervento Chirurgico senza Ricovero e al donatore in caso di Trapianto;

4. Come faccio a sapere quali sono i Grandi Interventi Chirurgici oggetto della copertura assicurativa?
Tutti gli interventi chirurgici rientranti in questa copertura sono riportati nell'ALLEGATO A alle Condizioni di Assicurazione.

12) **Ospedalizzazione domiciliare**

La Società, esclusivamente mediante l'utilizzo della rete convenzionata UniSalute, mette a disposizione dell'Assicurato servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, per un periodo di 120 giorni successivo alla cessazione del Ricovero.

UniSalute concorderà il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse.

La presente garanzia è prestata sino al raggiungimento del Massimale per Annualità Assicurativa e per Assicurato di Euro 5.000 nella Combinazione A - VALORE e di Euro 10.000 nella Combinazione B - VALORE+.

2.A.2 RICOVERO DIVERSO DA GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E DA GRAVI MALATTIE[5]

Diaria da Ricovero

In caso di Ricovero in Istituto di Cura, a seguito di Malattia e di Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, diverso da Grande Intervento Chirurgico e da Gravi Malattie, l'Assicurato avrà diritto ad un'indennità di Euro 100 nella Combinazione A - VALORE e di Euro 200 nella Combinazione B - VALORE+ per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 100 giorni per ogni Ricovero.

B. SPESE SANITARIE AREA EXTRA-RICOVERO

La Società, nei limiti dei Massimali previsti in Polizza, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere, non connesse a Ricovero, e conseguenti a Malattia (presunta o accertata) o Infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto:

2.B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Alta diagnostica radiologica

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

5. In caso di Ricovero diverso da Grande Intervento Chirurgico e Grave Malattia quali tipologie di garanzie prevede la polizza?

In caso di Ricovero diverso da Grande Intervento Chirurgico e Grave Malattia (esempio: Ricovero per ernia inguinale) avrai diritto a un'indennità per ogni giorno di Ricovero, di importo variabile in relazione alla combinazione scelta.

- Flebografia
- Fluorangiografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Video angiografia
- Wirsungrafia

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

Terapie
- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Radioterapia

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

2.B.2 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
Visite Specialistiche, visite omeopatiche e Accertamenti Diagnostici con l'esclusione delle visite pediatriche e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.
Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

2.B.3 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO
Trattamenti Fisioterapici a seguito di Infortunio ed esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritti dal medico curante e siano effettuati da personale medico o paramedico, abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

2.B.4 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE
Acquisto di protesi ortopediche e acustiche.

2.B.5 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE
a) **Prevenzione Odontoiatrica:** prestazioni sotto elencate effettuate esclusivamente in Centri Sanitari Convenzionati indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:
   - ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale. La garanzia è prestata fino al raggiungimento di Euro 60 per Assicurato;
   - visita specialistica odontoiatrica.

   La garanzia opera una sola volta per Annualità Assicurativa.
b) **Prestazioni Odontoiatriche da Infortunio:** spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e

ortodontiche, a seguito di Infortunio, in presenza di certificato di Pronto Soccorso, radiografie e referti radiologici.

c) **Interventi Chirurgici Odontoiatrici extra Ricovero:** spese sostenute per gli interventi chirurgici odontoiatrici, compresi gli eventuali successivi interventi di implantologia dentale effettuati durante l'operatività del contratto, conseguenti alle patologie sotto elencate:
   - osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso
   - cisti follicolari
   - cisti radicolari
   - adamantinoma
   - odontoma
   - ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.

Per l'attivazione della garanzia è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.
La documentazione medica necessaria per ottenere la liquidazione delle spese consiste in:
- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso e ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma e odontoma.

d) **Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia:** spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribassamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico.

C. SPESE SANITARIE GARANZIE ACCESSORIE

2.C.1 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI

La Società garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di Assistenza per un valore corrispondente alla somma garantita mensilmente all'Assicurato quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza.
Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'Assicurato il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei seguenti quattro atti ordinari della vita:
- soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo)
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire)
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio)
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente) e necessiti temporaneamente ma in modo costante:
- o dell'assistenza di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- o di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di Ricovero.

Non verranno pertanto considerati in copertura gli eventi/Sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata.

2.C.2 PREVENZIONE[6]

La Società provvede al pagamento delle prestazioni previste dai pacchetti sotto elencati, effettuate in un'unica soluzione ed esclusivamente presso i Centri Sanitari Convenzionati, indicati dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. L'eventuale suddivisione delle prestazioni in più soluzioni deve essere concordata con la Centrale Operativa e autorizzata da quest'ultima.

6 Per utilizzare le prestazioni di prevenzione è necessario che io abbia sofferto o soffra tuttora di una patologia?
No, l'utilizzo delle prestazioni di prevenzione non è collegato all'esistenza di una qualsiasi patologia - o anche solo di una sua predisposizione - essendo finalizzato proprio a evitare l'insorgenza di stati patologici.

Il Pacchetto Integrativo previsto al successivo punto c) può essere attivato su richiesta dell'Assicurato e opera in aggiunta al Pacchetto Uomini o al Pacchetto Donne.
La garanzia opera una sola volta per Annualità Assicurativa.
Le prestazioni si intendono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

a) PACCHETTO UOMINI

Esami del Sangue:

- AST (GOT) - ASPARTATO AMINOTRANSFERASI
- ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT/GPT) /TRANSAMINASI (S)
- COLESTEROLO TOTALE
- CREATININA
- COLESTEROLO HDL
- COLESTEROLO LDL
- PTT (TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE)
- TEMPO DI PROTROMBINA/PT (TEMPO DI QUICK)
- TIREOTROPINA (TSH)
- TIROXINA LIBERA (FT4/FREE T4)
- TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3/FREE T3)
- UREA/AZOTEMIA (S)
- URICEMIA/ACIDO URICO/URATO
- GGT (GAMMA GT) - GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI
- GLICEMIA/GLUCOSIO (S)
- TRIGLICERIDI
- ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO COMPLETO (CON FORMULA LEUCOCITARIA E CONTEGGIO PIASTRINE)
- LATTATO DEIDROGENASI (LDH)
- PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S)
- FERRO
- FERRITINA
- TRANSFERRINA CAPACITA' FERRO LEGANTE

Esami delle Urine

- esame chimico, fisico e microscopico

Esami delle Feci

- ricerca del sangue occulto

Visite Specialistiche ed esami strumentali:

- Elettrocardiogramma di Base
- Ecografia addome inferiore e superiore (ogni 2 anni);

Oltre i 50 anni di età:

- Ecocardiogramma-color-doppler oppure, in alternativa, Ecocolordoppler TSA/ Tronchi Sovra Aortici
- Visita urologica con ecografia vescico-prostatica sovrapubica + PSA e PSA FREE

b) PACCHETTO DONNE

Esami del Sangue:

- AST (GOT) - ASPARTATO AMINOTRANSFERASI
- ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT/GPT) /TRANSAMINASI (S)
- COLESTEROLO TOTALE
- CREATININA
- COLESTEROLO HDL
- COLESTEROLO LDL
- PTT (TEMPO DI TROMBOPLASTINA PARZIALE)
- TEMPO DI PROTROMBINA/PT (TEMPO DI QUICK)
- TIREOTROPINA (TSH)
- TIROXINA LIBERA (FT4/FREE T4)

- TRIODOTIRONINA LIBERA (FT3/FREE T3)
- UREA/AZOTEMIA (S)
- URICEMIA/ACIDO URICO/URATO
- GGT (GAMMA GT) - GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASI
- GLICEMIA/GLUCOSIO (S)
- TRIGLICERIDI
- ESAME EMOCROMOCITOMETRICO E MORFOLOGICO COMPLETO (CON FORMULA LEUCOCITARIA E CONTEGGIO PIASTRINE)
- LATTATO DEIDROGENASI (LDH)
- PROTEINE (ELETTROFORESI DELLE) (S)
- FERRO
- FERRITINA
- TRANSFERRINA CAPACITA' FERRO LEGANTE

Esami delle Urine

- esame chimico, fisico e microscopico

Esami delle Feci

- ricerca del sangue occulto

Visite Specialistiche ed esami strumentali:

- Elettrocardiogramma di base
- Ecografia addome inferiore e superiore (ogni 2 anni);
- Visita ginecologia e pap test

Oltre i 40 anni di età:

- Ecocardiogramma-color-doppler oppure, in alternativa, Ecocolordoppler TSA/ Tronchi Sovra Aortici
- Visita senologica con ecografia del seno oppure, in alternativa, visita senologica con mammografia (ogni 2 anni)

c) PACCHETTO INTEGRATIVO

- Visita dermatologica per controllo nei
- Test allergologici
- Relazione conclusiva da parte di un consulente medico della Società sull'esito degli esami effettuati con i pacchetti prevenzione (Pacchetto Uomini, Pacchetto Donne e Pacchetto Integrativo)
- Una visita specialistica a scelta tra:
  - Endocrinologo
  - Fisiatra
  - Gastroenterologo
  - Oculista
  - Ortopedico
  - Otorinolaringoiatra

L'Assicurato, per poter usufuire della relazione conclusiva, dovrà inoltrare alla Società i referti delle visite specialistiche e degli esami diagnostici effettuati con il pacchetto prevenzione.
Il consulente medico della Società, previo teleconsulto con l'Assicurato, metterà a disposizione dello stesso Assicurato una relazione contenente la valutazione complessiva dell'esito degli esami, con l'indicazione di eventuali consigli medici.

2.C.3 PACCHETTO BENESSERE

a) Medicina Complementare

La Società provvede al pagamento di una visita per ciascuna delle seguenti discipline:

- Chinesiologo
- Chiropratico
- Dietologo oppure nutrizionista
- Omeopata
- Osteopata

- Posturologo

Le prestazioni dovranno essere effettuate esclusivamente presso i Centri Sanitari Convenzionati, indicati dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.
La garanzia comprende esclusivamente una visita per ciascuna tipologia di disciplina per Assicurato e per Annualità Assicurativa.
Le prestazioni si intendono riconosciute indipendentemente dall'esistenza di stati patologici.

b) Qualità dell'Aria

La Società garantisce all'Assicurato un consulto medico per ravvisare eventuali criticità sul suo stato di salute legate all'inquinamento dell'ambiente in cui vive, in collaborazione con un consulente medico della Società.
L'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa per effettuare la prenotazione del teleconsulto medico.
Attraverso il teleconsulto verrà compilato un questionario, sottoponendo all'Assicurato una serie di domande riguardanti i seguenti ambiti:

- Qualità dell'aria della propria abitazione
- Qualità dell'aria del luogo di residenza o domicilio
- Qualità dell'aria del luogo di lavoro
- Mezzi di trasporto utilizzati
- Stili di vita
- Possibili stati patologici
- Stato di salute

In base alle risposte dell'Assicurato, il consulente medico della Società fornirà una delle seguenti indicazioni:

1) non si ravvisano potenziali criticità e quindi potrà essere consigliato di ripetere eventualmente il controllo con cadenza suggerita
2) il quadro complessivo merita degli approfondimenti, attraverso una o più prestazioni, che rientrano tra quelle di seguito indicate:
   - Spirometria
   - Test allergenici
   - Visita cardiologica
   - Visita dermatologica
   - Visita pneumologica

Le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici consigliati dovranno essere effettuati esclusivamente presso i Centri Sanitari Convenzionati, indicati dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.
Per le prestazioni indicate dal consulente medico della Società non sarà necessaria la prescrizione medica.
La Società provvede al pagamento del teleconsulto medico e delle prestazioni indicate dal consulente medico della Società e autorizzate dalla Centrale Operativa.
La garanzia opera una sola volta per Assicurato e per Annualità Assicurativa.

c) Piattaforma Benessere

La Società, in seguito all'accordo tra UniSalute e la società incaricata, fornisce all'Assicurato l'accesso ad una piattaforma dedicata che mette a disposizione prestazioni e servizi che l'Assicurato potrà selezionare, prenotare e acquistare a tariffe agevolate, direttamente dalla suddetta piattaforma.
Le tipologie di prestazioni e servizi sono legati ai seguenti ambiti:

1) benessere fisico e mentale (sport, escursioni, esperienze sportive, palestre, corsi, pacchetti wellness, ecc.)
2) benessere psico-relazionale (percorsi di coaching, counseling, ecc.)
3) benessere alimentare (percorsi con nutrizionisti ed esperti nel settore, educazione alla qualità del cibo, coach nutrizionale, ecc.)

L'accesso alla piattaforma potrà avvenire dall'App dedicata o **dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it.**
Il costo delle prestazioni e dei servizi che verranno acquistati si intende totalmente a carico dell'Assicurato.

2.C.4 SECOND OPINION

La Società si avvale di Best Doctors e della sua struttura organizzativa per l'erogazione all'Assicurato dei seguenti servizi:

a) **Consulenza Internazionale:** rilascio di un referto scritto da parte dei medici associati a Best Doctors specialisti nella specifica patologia, reso sulla base dell'analisi dei referti medici prodotti dall'Assicurato e dell'esame dei principali risultati diagnostici presentati. La relazione scritta includerà una sintesi delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.

b) **Trova il miglior Medico:** contatto con un massimo di tre specialisti esperti nel trattamento di una delle malattie sotto indicate. Best Doctors ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della malattia, tenendo conto, per quanto possibile, delle preferenze geografiche dell'Assicurato.

c) **Trova la migliore Cura:** organizzazione di tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e messa a disposizione di un servizio di assistenza telefonica all'Assicurato 24 ore su 24. Inoltre Best Doctors supervisiona il corretto addebito delle prestazioni, garantendo che la fatturazione sia esatta e priva di duplicazioni, errori e abusi. L'esclusiva rete di centri di eccellenza di Best Doctors consente sconti significativi sulle tariffe mediche.
Il complesso delle prestazioni suindicate è fornito esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato richieda alla Società una verifica circa il responso ottenuto dai sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad un'impostazione terapeutica per le seguenti patologie:
   - AIDS
   - Morbo di Alzheimer
   - Perdita della vista
   - Cancro
   - Coma
   - Malattie cardiovascolari
   - Perdita dell'udito
   - Insufficienza renale
   - Perdita della parola
   - Trapianto di organo
   - Patologia neuro motoria
   - Sclerosi multipla
   - Paralisi
   - Morbo di Parkinson
   - Infarto
   - Ictus
   - Ustioni Gravi

2.C.5 TARIFFE AGEVOLATE

La Società prevede per l'Assicurato l'applicazione di tariffe agevolate per tutte le prestazioni sanitarie erogate attraverso i Centri Sanitari Convenzionati e/o Equipe Mediche Convenzionate con UniSalute.
Il servizio si intende operante sia in caso di esaurimento del Massimale dedicato per le prestazioni garantite in Polizza, sia in caso di prestazioni non espressamente previste o escluse in Polizza.
Resta inteso che l'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa per effettuare la prenotazione della prestazione, al fine di ottenere l'autorizzazione all'utilizzo delle tariffe agevolate. Il costo di queste prestazioni si intende totalmente a carico dell'Assicurato.
Il servizio è operante in Italia.

2.C.6 PACCHETTO MATERNITÀ

La Società, nei limiti dei Massimali previsti in Polizza e sempreché la gravidanza abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) **Durante il periodo di gravidanza**

- Ecografie di controllo

- Amniocentesi
- Analisi del sangue per il monitoraggio della gravidanza
- Visite specialistiche di controllo sull'andamento della gravidanza
- Trattamento psicoterapico in caso di aborto avvenuto dopo il primo trimestre di gravidanza, con un massimo di 10 sedute per la Combinazione A - VALORE e 20 sedute per la Combinazione B - VALORE+.

b) A seguito di Ricovero per Parto o Aborto terapeutico

In caso di Ricovero per Parto o Aborto terapeutico l'Assicurato avrà diritto ad un'indennità di Euro 100 nella Combinazione A - VALORE ed Euro 200 nella Combinazione B - VALORE+ per ogni giorno di Ricovero sino ad un massimo di 100 giorni. Tali somme non andranno ad erodere il Massimale previsto per il Pacchetto Maternità.

c) Dopo il Parto

La Società provvede al pagamento delle spese per una visita ginecologica di controllo.

2.C.7 PACCHETTO MATERNITÀ INTEGRATIVO

La Società nel caso in cui la gravidanza abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza, provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate esclusivamente attraverso la propria rete convenzionata, indicata dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- Consulente allattamento
- Nutrizionista per il bambino
- Nutrizionista per la mamma
- Ostetrica
- Psicologo

L'Assicurato potrà usufruire delle suddette prestazioni presso un domicilio, laddove il servizio sia disponibile ed attivabile, oppure in modalità remota, tramite teleconsulto o videoconsulto.
La garanzia opera sino ad un massimo di tre prestazioni per ciascuna gravidanza e potrà essere fruita sino a 6 mesi dalla nascita del bambino.

2.C.8 PACCHETTO NEONATO

a) in caso di nascita di un figlio durante l'operatività del contratto con Assicurati il padre e/o la madre, copertura gratuita del neonato nell'ambito dei Massimali del genitore sino alla prima scadenza annuale della Polizza successiva alla nascita;
b) in caso di nascita dal quarto figlio in poi durante l'operatività del contratto con Assicurati il padre e/o la madre ed il resto dei figli, copertura gratuita del neonato nell'ambito dei Massimali del genitore sino al compimento dei 18 anni di età, qualora il genitore ed il resto dei figli continuino ad essere Assicurati.

2.C.9 PACCHETTO COVID-19

In caso di positività al tampone naso faringeo per la ricerca RNA Virale da SARS-CoV-2 (Coronavirus, Covid-19) la Società, nei limiti dei Massimali previsti in Polizza, provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

a) Diaria da Ricovero: in caso di Ricovero in Istituto di Cura l'Assicurato avrà diritto ad un'indennità di Euro 100 nella Combinazione A - VALORE e di Euro 200 nella Combinazione B - VALORE+ per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 100 giorni per ogni Ricovero.

b) Diaria Aggiuntiva post Ricovero: in caso di Ricovero in Istituto di Cura l'Assicurato avrà diritto ad un'indennità aggiuntiva di Euro 25 nella Combinazione A - VALORE e di Euro 50 nella Combinazione B - VALORE+ per ogni giorno di Ricovero con un massimo di 50 giorni per ogni Ricovero.

c) Indennità Aggiuntiva, a seguito di Ricovero con terapia intensiva: in caso di Ricovero con ricorso alla Terapia Intensiva con intubazione, l'Assicurato, in aggiunta alla Diaria da Ricovero e alla Diaria Aggiuntiva post Ricovero, avrà diritto al riconoscimento di una indennità forfettaria pari ad Euro 2.000.

La Società provvede inoltre al pagamento delle seguenti prestazioni:

d) Test Sierologico Quantitativo per la Ricerca degli Anticorpi Anti- SARS-CoV-2: l'Assicurato avrà diritto al pagamento di un test sierologico quantitativo IGG-IGM per la ricerca degli anticorpi anti-SARS-CoV-2 e, se necessario, di un secondo test sierologico. Rientrano in garanzia esclusivamente due test al fine di accertare la presenza degli anticorpi Anti-SARS-CoV-2. I due test si intendono per Assicurato e per Annualità Assicurativa.

Per l'attivazione della prestazione non è necessaria la prescrizione medica.
La prestazione è operante in Italia.

e) **Tampone Naso Faringeo, a seguito di test sierologico quantitativo positivo:** l'Assicurato avrà diritto al pagamento del tampone naso faringeo per la ricerca RNA Virale, a seguito di positività al test sierologico per la ricerca degli anticorpi Anti- SARS-CoV-2.
Rientra in garanzia esclusivamente un tampone naso faringeo per la Ricerca RNA Virale, per Assicurato e per Annualità Assicurativa.
Per l'attivazione della prestazione saranno necessari la prescrizione medica e il referto della positività al test sierologico per la ricerca degli anticorpi Anti-SARS-CoV-2, che hanno reso necessaria la prestazione stessa.
In caso di positività al tampone, l'Assicurato avrà diritto ad effettuare un ulteriore tampone, secondo le tempistiche stabilite dal medico curante per verificare la corretta guarigione.
Per l'attivazione dei tamponi successivi saranno necessari la prescrizione del medico curante o del medico specialista ed il referto che attesti la positività al precedente tampone.
La prestazione è operante in Italia.

D. ASSISTENZA

La Società si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato una prestazione di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi indicati nelle condizioni che seguono, con i limiti e secondo le disposizioni in esse contenuti.

2.D.1. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA EROGATE IN ITALIA

Le seguenti Prestazioni di Assistenza vengono fornite dalla Struttura Organizzativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'Anno, telefonando al numero verde **800-212477**.
Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+39 051-6389048**.

a) **Invio di un medico**
Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia, necessiti di un medico dalle ore 20:00 alle ore 8:00 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

b) **Rientro dal Ricovero di primo soccorso**
Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia, necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al Ricovero di primo soccorso, la Struttura Organizzativa invierà una autoambulanza, tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 km per Sinistro.

c) **Trasferimento in centro medico specializzato**
Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia improvvisa, sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Struttura Organizzativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Struttura Organizzativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Struttura Organizzativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli sotto elencati:
- aereo sanitario
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella
- treno in prima classe, se necessario, in vagone letto
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Struttura Organizzativa.
Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

2.D.2 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA EROGATE ALL'ESTERO

Le seguenti Prestazioni di Assistenza vengono erogate tramite la Struttura Organizzativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'Anno, telefonando al numero **+39 051-4161781**.

a) **Viaggio di un familiare all'estero**
Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia verificatisi al di fuori del territorio nazionale, necessiti di un Ricovero in Istituto di Cura in tale luogo per un periodo superiore a 10 giorni, la Struttura Organizzativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno. La Società tiene a proprio carico le spese di soggiorno fino ad un massimo di Euro 100 per Sinistro.

b) **Invio di medicinali urgenti all'estero**
Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia verificatisi al di fuori del territorio nazionale, abbia necessità di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia) per la terapia del caso, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative.
Il costo di acquisto dei medicinali si intende a carico dell'Assicurato.

c) **Rimpatrio sanitario**
Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, a seguito di Infortunio o di Malattia improvvisa, le sue condizioni di salute accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Struttura Organizzativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, la Struttura Organizzativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:
- aereo sanitario
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella
- treno in prima classe, se necessario, in vagone letto
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Struttura Organizzativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.
La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio. La Struttura Organizzativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

d) **Interprete a disposizione**
Nel caso in cui l'Assicurato, a seguito di Ricovero ospedaliero all'estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, la Struttura Organizzativa provvederà ad inviare un interprete, tenendo a proprio carico le spese relative fino ad un massimo di 8 ore lavorative per Sinistro e per Annualità Assicurativa.

e) **Rientro di minori**
Nel caso in cui i figli minori di 15 anni dell'Assicurato si trovino senza un accompagnatore maggiorenne, a seguito del Ricovero ospedaliero dell'Assicurato all'estero, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzarne il rientro al domicilio dell'Assicurato. La Società tiene a proprio carico le relative spese fino al raggiungimento di Euro 500 per Sinistro e per Annualità Assicurativa.

f) **Rientro dall'estero**
La Struttura Organizzativa provvede al rientro dell'Assicurato con accompagnamento di un parente residente in Italia mettendogli a disposizione un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima

classe), andata e ritorno, per accompagnare l'Assicurato stesso, dimesso dall'Istituto di Cura, alla propria abitazione e qualora non sia necessaria l'assistenza di personale medico e paramedico.

g) Rientro anticipato

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

2.D.3 PACCHETTO ASSISTENZA OVER 60

Le seguenti Prestazioni di Assistenza sono operanti esclusivamente nei confronti di Assicurati con età pari o superiore ad anni 60.

a) Invio di una collaboratrice domestica

Qualora l'Assicurato, in seguito a un Ricovero superiore a 5 giorni, necessiti di una collaboratrice domestica per riordinare la casa, la Società provvederà ad inviarne una tenendo a proprio carico le prime 6 ore di lavoro fino ad un Massimale di Euro 120 per Sinistro.

b) Invio di un medico

Qualora, in conseguenza di Infortunio o Malattia, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20:00 alle ore 8:00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Società, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare a proprie spese uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza.

c) Invio di medicinali a domicilio

L'Assistenza sarà prestata qualora l'Assicurato necessiti di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute, certificati dal suo medico, e nessun altro potrà andare per suo conto.

La Società provvederà, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, alla consegna dei medicinali prescritti. La prestazione sarà fornita massimo due volte per Annualità Assicurativa e per Assicurato. A carico dell'Assicurato resta il costo dei medicinali.

2.D.4 PACCHETTO ASSISTENZA FAMIGLIA

a) Prestazioni di Assistenza sostenute per i figli disabili a seguito di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni

La presente garanzia prevede l'erogazione di un immediato aiuto a favore dell'Assicurato in caso di suo Ricovero di durata superiore a 5 giorni e per un massimo di 15 giorni per l'assistenza di figli con invalidità superiore al 45%.

A condizione che il Ricovero risulti iniziato dopo la data di effetto di Polizza, l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa che fornirà l'indicazione della struttura convenzionata e delle prestazioni erogabili (a seconda dei casi, ospedalizzazione domiciliare, assistenza medica, riabilitativa, infermieristica). La Struttura Organizzativa terrà a proprio carico l'importo giornaliero di Euro 100 per un massimo di 15 giorni per ogni Ricovero e per il complesso delle prestazioni suindicate.

In caso non fosse possibile erogare prestazioni tramite strutture convenzionate con UniSalute la Società provvederà a rimborsare all'Assicurato le prestazioni in un limite massimo di Euro 100 al giorno per massimo 15 giorni per ogni Ricovero.

La garanzia si intende operante a seguito dell'invio di:

- copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%; per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva;
- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia e/o dichiarazione sostitutiva attestante il grado di parentela, complete di data e firma olografa dell'Assicurato, attestante il legame genitoriale tra l'Assicurato e la persona disabile per la quale si chiede l'indennizzo forfettario;
- documentazione comprovante il Ricovero dell'Assicurato.

b) Prestazioni di Assistenza sostenute per congiunto non autosufficiente, a seguito di Ricovero per

Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni

La presente garanzia prevede l'erogazione tramite rete convenzionata di UniSalute, di un'Assistenza domiciliare con invio di un operatore socio-sanitario (OSS) che si occuperà delle necessità quotidiane della persona non autosufficiente in caso di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni e per un massimo di 15 giorni per ogni Ricovero.

La Società provvederà a garantire l'erogazione della prestazione per un massimo di 8 ore giornaliere per massimo 15 giorni per Ricovero.

L'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa che individuerà l'operatore socio-sanitario inviandolo presso il suo domicilio e tenendo a proprio carico le relative spese sino a un massimo di 8 ore giornaliere per 15 giorni di Ricovero.

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza il congiunto dell'Assicurato il cui stato clinico venga giudicato consolidato e che si trovi nell'impossibilità fisica totale e permanente di poter effettuare da solo parte degli atti elementari di vita quotidiana:

- lavarsi
- vestirsi e svestirsi
- andare al bagno e usarlo
- spostarsi
- continenza
- nutrirsi

e necessiti di un intervento assistenziale permanente e continuativo.

La garanzia viene erogata se all'interno del nucleo familiare dell'Assicurato non sia presente un maggiorenne in grado di provvedere alle cure e alle necessità del congiunto non autosufficiente.

La garanzia si intende operante a seguito dell'invio di:

- dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia, completa di data e firma olografa dell'Assicurato;
- modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- certificato del Medico che descrive lo stato di non autosufficienza del congiunto;
- inoltre, qualora sia stata attivata nei confronti del congiunto una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento di invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- documentazione comprovante il Ricovero dell'Assicurato.

c) Assistenza dell'Animale in pensione a seguito di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni

In caso di Ricovero per Malattia o Infortunio dell'Assicurato superiore a 5 giorni la Società per il tramite della Struttura Organizzativa, contattata telefonicamente dall'Assicurato, provvede a fornire informazioni in merito alle pensioni per cani in città e provincia, nonché a rimborsare le spese sostenute per la custodia dell'Animale presso la struttura prescelta, fino ad un importo massimo di Euro 100 per Ricovero.

La garanzia si intende operante a seguito dell'invio di:

- documentazione comprovante la proprietà dell'Animale
- documentazione comprovante il Ricovero dell'Assicurato.

2.D.5. PRESTAZIONI DI CONSULENZA EROGATE IN ITALIA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-009673 dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 19:30, festivi esclusi.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia **+39 051-6389046**

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio telefonico di informazioni sanitarie in merito a:

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di Assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

2.D.6 PRESTAZIONI DI ASSISTENZA DOMICILIARE

La Società si obbliga a mettere a disposizione dell'Assicurato prestazioni di immediato aiuto nel caso in cui esso venga a trovarsi nell'impossibilità di muoversi autonomamente per gravi motivi di salute certificati dal medico curante e semprechè all'interno del nucleo familiare dell'Assicurato non sia presente un maggiorenne in grado di provvedere alle necessità familiari.
Le prestazioni vengono fornite dalla Struttura Organizzativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'Anno, telefonando al numero verde **800-212477**.
Le seguenti prestazioni sono attivabili esclusivamente in Italia.

a) **Prelievo Campioni**
Qualora l'Assicurato, a seguito di prescrizione medica, necessiti di un esame ematochimico la Struttura Organizzativa, valutata la necessità e tenendo a proprio carico le relative spese, predisporrà il prelievo presso il domicilio dell'Assicurato. La prestazione è attivabile fino ad un massimo di due volte per Annualità Assicurativa e per Assicurato. Il costo dell'esame diagnostico resta a carico dell'Assicurato.

b) **Ritiro e consegna farmaci a domicilio**
Qualora l'Assicurato necessiti urgentemente della consegna di farmaci, la Struttura Organizzativa, valutata la necessità e tenendo a proprio carico le relative spese, predisporrà il ritiro e la consegna presso il domicilio dell'Assicurato.
Qualora la tipologia di farmaco necessiti di prescrizione medica, sarà cura dell'Assicurato averla preventivamente, rispetto all'attivazione del servizio. Il costo dei farmaci resta a carico dell'Assicurato.
La prestazione è attivabile fino ad un massimo di due volte per Annualità Assicurativa e per Assicurato.

c) **Servizio Taxi**
Qualora l'Assicurato necessiti di un servizio taxi per accompagnare un componente del nucleo familiare convivente non abilitato alla guida di autoveicoli ad una visita medica o per accompagnare un figlio di età inferiore a 14 anni a scuola, la Struttura Organizzativa, valutata la necessità, provvederà ad inviare un taxi (o una vettura noleggio con conducente) tenendo a proprio carico il costo fino ad un massimo di Euro 30 per tratta. Il Servizio si intende erogato sia per l'andata sia per il ritorno presso il domicilio dell'Assicurato. La prestazione è attivabile fino ad un massimo di due volte per Annualità Assicurativa. e per Assicurato.

d) **Servizio di accompagnamento per visite mediche o cicli di terapia**
Qualora l'Assicurato necessiti di recarsi dal proprio domicilio a strutture sanitarie per visite mediche o cicli di terapia la Struttura Organizzativa, valutata la necessità e tenendo a proprio carico le relative spese, predisporrà il servizio di accompagnamento, gestendone lo spostamento e affiancando l'Assicurato anche con l'ausilio di figure professionali o operatori sanitari, se necessari, per lo svolgimento di tutte le attività e incombenze correlate alla prestazione. Il Servizio si intende erogato sia per l'andata sia per il ritorno presso il domicilio. Il Servizio è erogabile all'interno della provincia del domicilio dell'Assicurato.
La prestazione è attivabile fino ad un massimo di due volte per Annualità Assicurativa e per Assicurato.

e) **Assistenza Pratica**
1) **Invio collaboratrice domestica e personale per disbrigo delle quotidianità:** qualora l'Assicurato necessiti di una collaboratrice domestica per riordinare casa o per il disbrigo di quotidianità di carattere urgente (rinnovo documenti, pagamento utenze in scadenza o incombenze amministrative non procrastinabili), la Struttura Organizzativa, valutata la necessità provvederà ad inviarne una tenendo a proprio carico le prime 6 ore di lavoro, fino ad un massimo di Euro 120 per Annualità Assicurativa e per Assicurato.
2) **Invio baby sitter:** qualora l'Assicurato necessiti di una baby sitter per la gestione di figli minori, al di sotto di 14 anni, la Struttura Organizzativa valutata la necessità provvederà ad inviarne una tenendo a proprio carico le prime 6 ore di lavoro, fino ad un massimo di Euro 120 per Annualità Assicurativa e per Assicurato.

2.D.7 TELECONSULTO E VIDEOCONSULTO MEDICO URGENTI

a) **Teleconsulto e Videoconsulto medico**
Qualora l'Assicurato, a seguito di Infortunio o di Malattia, necessiti urgentemente di una consulenza medica, potrà contattare la Struttura Organizzativa, attiva 24 ore su 24, tutti i giorni dell'Anno, telefonando al numero verde **800-212477**, per richiedere un teleconsulto o videoconsulto con un consulente medico di UniSalute.

b) **Visita specialistica o accertamento diagnostico, a seguito di teleconsulto o videoconsulto medico**
Qualora al termine del teleconsulto o videoconsulto il consulente medico ritenesse necessaria una visita specialistica o un accertamento diagnostico, la Centrale Operativa ricontatterà l'Assicurato per prenotare e autorizzare la prestazione presso un Centro Sanitario Convenzionato o, in caso di visita specialistica, anche attraverso un videoconsulto specialistico, se preferito dall'Assicurato e semprechè la tipologia di specializzazione nonché la tipologia di visita siano fruibili attraverso tale modalità. Per la prestazione autorizzata non sarà necessaria una prescrizione medica. Qualora l'Assicurato scegliesse il videoconsulto specialistico, la Centrale Operativa fornirà i dettagli per la fruizione del servizio. La prestazione autorizzata verrà liquidata nelle modalità e all'interno del Massimale previsti dalla garanzia VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI di cui all'Art. 2.B.2 o ALTA SPECIALIZZAZIONE di cui all'Art. 2.B.1 e relativi alla combinazione prescelta.

c) **Medico pediatra, a seguito di teleconsulto o videoconsulto medico**
Qualora l'Assicurato fosse un minore di età inferiore a 12 anni e il consulente medico ritenesse necessario un teleconsulto o videoconsulto con un medico pediatra, la Struttura Organizzativa farà ricontattare il genitore dell'Assicurato da un medico pediatra nel più breve tempo possibile e comunque non oltre i 60 minuti dalla richiesta.

Cosa NON assicura

Art. 2.1 - Persone non assicurabili[7]

Sono definite "persone non assicurabili" coloro le quali abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori maligni insorti nei 10 anni precedenti alla data di sottoscrizione della Polizza;
- Morbo di Alzheimer, Sclerosi Multipla, Morbo di Parkinson, Demenze Senili, Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA), Corea di Huntington, Atrofia Multi Sistemica, Demenza a corpi di Lewy, Malattia del Motoneurone;
- Malattie croniche a carico del fegato e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza;
- Insufficienza renale cronica, diabete mellito tipo 1, diabete mellito tipo 2 (solo se insulino dipendente);
- Angina pectoris, infarto insorto nei 10 anni precedenti la data di sottoscrizione della Polizza, malattie delle arterie coronariche, valvulopatie, cardiomiopatia dilatativa, cardiomiopatia ipertrofica;
- Sieropositività all'HIV;
- Invalidità civile riconosciuta o in fase amministrativa di riconoscimento superiore al 60%;
- Trapianti di organi o arti;

e l'Assicurazione cessa con il loro manifestarsi qualora sia stata stipulata in presenza di una delle malattie sopraindicate.

Art. 2.2 - Limiti di età

La copertura assicurativa, per ciascun Assicurato:

- è operante a condizione che alla data di effetto della Polizza l'Assicurato non abbia compiuto il 75esimo Anno di età;
- cesserà alla scadenza annuale successiva al compimento del 80esimo Anno di età dell'Assicurato.

Qualora l'Assicurazione sia stipulata solo per tale Assicurato, allora il contratto cesserà automaticamente senza necessità di disdetta. Qualora l'Assicurazione sia stipulata per una pluralità di Assicurati cesserà limitatamente a tale Assicurato.

7. **Per sottoscrivere la polizza è necessaria la compilazione di un questionario sanitario?**
No, ma è necessario non soffrire o non aver sofferto delle patologie riportate all'Art. 2.1 - Persone non assicurabili.

Art. 2.3 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

a) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di Difetti Fisici o di Malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelli di cui l'Assicurato sia portatore non consapevole; sono altresì escluse le cure e gli interventi per la correzione di vizi di refrazione oculare (quali ad esempio: miopia, ipermetropia, astigmatismo, presbiopia);
b) la cura delle malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive;
c) le conseguenze di Infortuni derivanti da azioni dolose, compiute o tentate, dall'Assicurato nonché quelle da lui attuate volontariamente contro la sua persona;
d) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti, psicofarmaci o di allucinogeni;
e) le conseguenze di Infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idroscì, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore in gare, competizioni e relative prove o allenamenti, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
f) gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
g) le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di Polizza);
h) la Medicina non convenzionale nonché le Cure a carattere sperimentale;
i) le degenze dovute dalla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza 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;
j) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
k) le degenze in case di riposo, di convalescenza o di terapie termali ancorché nell'ambito di Istituto di Cura;
l) le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto all'Art. 2.B.5 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE;
m) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
n) le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di Polizza;
o) le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
p) le conseguenze dirette od indirette di pandemie, salvo quanto previsto all'Art. 2.C.7 PACCHETTO COVID-19.

Limitatamente alla sezione D. "ASSISTENZA"

q) la Centrale Operativa non eroga:
   - le Prestazioni di Assistenza non necessarie e non funzionali ad affrontare la situazione di difficoltà;
   - alcun aiuto o rimborso in alternativa, nemmeno a titolo di compensazione con quanto non goduto, se l'Assicurato, per sua libera scelta o per sua negligenza, non usufruisce o usufruisce solo parzialmente delle Prestazioni di Assistenza;

r) la Società:
   - non si assume responsabilità per danni conseguenti ad un suo ritardato o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'Assicurato;
   - non riconosce rimborsi né importi compensativi relativi a coperture delle quali l'Assicurato non ha

usufruito per sua scelta o perché non ne ha avuto la necessità;
- non riconosce rimborsi, né indennizzi compensativi, per prestazioni organizzate da altre compagnie di assicurazione o da altri enti o che non siano state richieste, in fase di erogazione dell'Assistenza, alla Centrale Operativa e da questa organizzate;
- non risponde dei fatti dolosi o colposi di professionisti dalla stessa incaricati di erogare le consulenze telefoniche ed è estranea ad ogni eventuale controversia che insorgesse tra l'Assicurato e tale professionista.

Come assicura

Art. 2.4 - Massimale

Il Massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni previste ai seguenti riquadri:
- A Ricovero,
- B Extra Ricovero,
- C Garanzie Accessorie

è indicato in Polizza e varia a seconda della Combinazione scelta dal Contraente all'atto della sottoscrizione dell'Assicurazione. Per alcune prestazioni sono previsti dei sottolimiti nel caso vengano utilizzati centri sanitari e/o strutture non convenzionate con la Società. Anche in questo caso tali sottolimiti sono riportati in Polizza.

SINTESI DEI MASSIMALI E DEI LIMITI DI INDENNIZZO

PRESTAZIONI ASSICURATE	MASSIMALI	
AREA RICOVERO - Riquadro A	**Combinazione A VALORE**	**Combinazione B VALORE+**
Ricovero per Grande Intervento Chirurgico o Gravi Malattie e prestazioni collegate: 1) Pre-Ricovero: massimo 120 giorni 7) Post-Ricovero: massimo 120 giorni 8) Trasporto Sanitario: **limite di Euro 1.500 nella Combinazione A - VALORE e di Euro 3.000 nella Combinazione B - VALORE+** 10) Rimpatrio della salma: **limite di Euro 1.500 nella Combinazione A - VALORE e di Euro 3.000 nella Combinazione B - VALORE+** 11) Indennità sostitutiva: **Euro 200 al giorno nella Combinazione A - VALORE ed Euro 400 al giorno nella Combinazione B - VALORE+, entrambi per un massimo di 100 giorni** 12) Ospedalizzazione domiciliare: 120 giorni successivi, con il **limite di Euro 5.000 nella Combinazione A - VALORE e d Euro 10.000 nella Combinazione B - VALORE+**	**€ 250.000**	**€ 1.000.000**
Diaria da Ricovero (per Ricovero diverso da Grande Intervento Chirurgico e GraviMalattie): **per un massimo di 100 giorni**	**€ 100**	**€ 200**
PRESTAZIONI ASSICURATE	**MASSIMALI**	
AREA EXTRA RICOVERO - Riquadro B	**Combinazione A VALORE**	**Combinazione B VALORE+**
Alta Specializzazione	**€ 7.500**	**€ 15.000**
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	**€ 1.500**	**€ 3.000**
Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di Infortunio	**€ 750**	**€ 1.500**
Protesi ortopediche e acustiche	**€ 1.500**	**€ 3.000**
Prestazioni odontoiatriche:	**Limiti diversificati per prestazione**	**Limiti diversificati per prestazione**
a) Prevenzione Odontoiatrica	**€ 60 una volta per Annualità Assicurativa**	**€ 60 una volta per Annualità Assicurativa**
b) Prestazioni Odontoiatriche da Infortunio:	**€ 1.500 con il limite nei centri non convenzionati di Euro 750**	**€ 3.000 con il limite nei centri non convenzionati di Euro 1.500**
c) Interventi Chirurgici Odontoiatrici extraRicovero	**€ 3.000 con il limite nei centri non convenzionati di € 1.500**	**€ 6.000 con il limite nei centri non convenzionati di € 3.000**
d) Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia	**€ 750 con il limite nei centri non convenzionati di € 250**	**€ 1.500 con il limite nei centri non convenzionati di € 500**

PRESTAZIONI ASSICURATE	MASSIMALI	
GARANZIE ACCESSORIE - Riquadro C	**Combinazione A VALORE**	**Combinazione B VALORE+**
Non autosufficienza temporanea: massimo 6 mesi	**€ 500/mese**	**€ 1.000/mese**
Prevenzione	**una volta per Annualità Assicurativa**	**una volta per Annualità Assicurativa**
Pacchetto Benessere	**Limiti diversificati per prestazione**	**Limiti diversificati per prestazione**
a) Medicina complementare	**1 visita per disciplina per Assicurato e per Annualità Assicurativa**	**1 visita per disciplina per Assicurato e per Annualità Assicurativa**
b) Qualità dell'aria	**una volta per Assicurato e per Annualità Assicurativa**	**una volta per Assicurato e per Annualità Assicurativa**
Pacchetto Maternità	**€ 1.500 con il limite nei centri non convenzionati di € 750**	**€ 3.000 con il limite nei centri non convenzionati di € 1.500**
Pacchetto Maternità Integrativo	**3 prestazioni per gravidanza**	**3 prestazioni per gravidanza**
Pacchetto Neonato	del genitore Assicurato	del genitore Assicurato
Pacchetto Covid-19	**Limiti diversificati per prestazione**	**Limiti diversificati per prestazione**
a) Diaria da Ricovero **per un massimo di 100 giorni**	€ 100	€ 200
b) Diaria post Ricovero **per un massimo di 50 giorni**	€ 25	€ 50
c) Indennità aggiuntiva a seguito di Ricovero con terapia intensiva	€ 2.000 per Ricovero	€ 2.000 per Ricovero
d) Test Sierologico quantitativo per la ricerca degli anticorpi Anti- SARS-CoV-2	2 Test per Assicurato e per Annualità Assicurativa	2 Test per Assicurato e per Annualità Assicurativa
e) Tampone Naso Faringeo, a seguito di test sierologico quantitativo positivo	1 Tampone Naso Faringeo	1 Tampone Naso Faringeo
Assistenza	-	-

Art. 2.5 - MODALITÀ DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI[8]

La Società per il tramite di UniSalute, nei limiti previsti in Polizza e in relazione a ciascuna delle prestazioni sotto indicate, provvede:

Art. 2.5.1 RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO E GRAVI MALATTIE[9]

a) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata**
   - a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Equipe Medica Convenzionata l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
   - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre Ricovero e 7) Post Ricovero previste dall'Art. 2.A.1;

b) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata**
   - a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato l'indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute o, eventualmente, l'eccedenza di spesa rispetto a quanto a carico del Servizio Sanitario Nazionale;
   - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute per l'equipe medica non convenzionata con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di Euro 1.000 ed un massimo di Euro 6.000 a carico dell'Assicurato;
   - a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute in proprio per le prestazioni di cui ai punti 1) Pre Ricovero e 7) Post Ricovero previste dall'Art. 2.A.1;

c) nel caso di utilizzo di **centri sanitari non convenzionati,** a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute con l'applicazione di uno Scoperto pari al 20% con un minimo di Euro 1.000 ed un massimo di Euro 6.000 a carico dell'Assicurato;

d) nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso in regime di Intramoenia**, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio;

e) nel caso di **Emergenza** o per particolari necessità mediante accordo preventivo, in quest'ultimo caso, con la Società, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio quando lo stesso debba ricorrere a centri sanitari non convenzionati con la Società.

Art. 2.5.2 ALTA SPECIALIZZAZIONE

a) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati**, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le spese per le prestazioni erogate;

b) nel caso di utilizzo di **centri sanitari non convenzionati**, a rimborsate le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60 per ogni prestazione/accertamento o ciclo di terapia;

c) nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso,** a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

8. Come faccio a sapere quali sono i Centri Sanitari Convenzionati?
Per conoscere l'elenco dei Centri Sanitari Convenzionati e dei medici convenzionati è sufficiente consultare il sito www.unisalute.it, l'App del prodotto oppure contattare il numero verde dedicato.

9. Per poter usufruire della copertura assicurativa, il mio Ricovero a seguito di Grande Intervento Chirurgico e Grave Malattia deve avvenire obbligatoriamente presso un Istituto di Cura convenzionato con da Unisalute?
No, la copertura assicurativa in caso di Ricovero opera sia per le prestazioni presso Centri Sanitari Convenzionati con la Società sia per quelle presso i centri non convenzionati, variando nelle modalità di li quidazione del Sinistro (pagamento diretto da parte della Società o a rimborso dell'Assicurato) e nell'applicazione di Scoperti / Franchigie.

Art. 2.5.3 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI[10]

a) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati**, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le spese per le prestazioni erogate;
b) nel caso di utilizzo di **centri sanitari non convenzionati**, a rimborsare le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60 per ogni prestazione/accertamento;
c) nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale** o convenzionate con esso, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato;

Art. 2.5.4 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

a) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati e di personale convenzionato**, a pagare direttamente le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato;
b) nel caso di utilizzo di **centri sanitari non convenzionati e/o personale non convenzionato**, a rimborsare, previa valutazione del programma medico/riabilitativo, le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60 per ogni fattura.
c) nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso**, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato;

Art. 2.5.5 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE

A rimborsate le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60 per ogni fattura;

Art. 2.5.6 PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

a) **Prevenzione Odontoiatrica:** a pagare direttamente ai Centri Sanitari Convenzionati l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute;
b) **Prestazioni Odontoiatriche da Infortunio:**
   - nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con medici convenzionati**, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute;
   - nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con medici non convenzionati o di centri sanitari non convenzionati**, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio. In questo caso le spese sostenute rientrano nei limiti previsti nell'utilizzo dei Centri Sanitari non convenzionati;
   - nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso**, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato. In questo caso le spese sostenute rientrano nel Massimale previsto nell'utilizzo dei Centri Sanitari Convenzionati.
c) **Interventi Chirurgici Odontoiatrici extra Ricovero:**
   - nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con medici convenzionati**, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute;
   - nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con medici non convenzionati o di centri sanitari non convenzionati**, a rimborsare le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 100 per ogni fattura. In questo caso le spese sostenute rientrano nei limiti previsti nell'utilizzo dei centri sanitari non convenzionati;

10. Esempi di applicazione dello Scoperto:

a) Rimborso di visita specialistica svolta in un centro non convenzionato (Massimale combinazione B Valore+ € 3.000):
Importo della fattura € 100
Scoperto: 20% con il minimo di € 60
Indennizzo: € 100 - € 60= € 40 (il 20% dell'importo è inferiore al minimo non indennizzabile)

b) Rimborso di visita specialistica svolta in un centro non convenzionato (Massimale combinazione B Valore+ € 3.000):
Importo della fattura € 400
Scoperto: 20% con il minimo di € 60
Indennizzo: € 400 - € 80 = € 320 (in quanto si applica lo scoperto del 20%)

- nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso**, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato. In questo caso le spese sostenute rientrano nel Massimale previsto nell'utilizzo dei Centri Sanitari Convenzionati.

d) **Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia:**
   - nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con medici convenzionati**, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute;
   - nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con medici non convenzionati o di centri sanitari non convenzionati**, a rimborsare le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 100 per ogni fattura. In questo caso le spese sostenute rientrano nei limiti previsti nell'utilizzo dei centri sanitari non convenzionati;
   - nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso**, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato. In questo caso le spese sostenute rientrano nel Massimale previsto nell'utilizzo dei Centri Sanitari Convenzionati.

Art. 2.5.7 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI

a) nel caso di utilizzo di **personale medico e/o assistenziale convenzionato con UniSalute**, a pagare direttamente l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute;
b) nel caso di utilizzo di **personale medico e/o assistenziale non convenzionato con UniSalute**, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio;

Art. 2.5.8 PREVENZIONE, MEDICINA COMPLEMENTARE E QUALITA' DELL'ARIA

A pagare direttamente ai **Centri Sanitari Convenzionati** l'Indennizzo spettante all'Assicurato per le spese relative alle prestazioni ricevute.

Art. 2.5.9 PACCHETTO MATERNITÀ

a) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati e medici convenzionati**, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le spese per le prestazioni erogate;
b) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati con medici non convenzionati o di centri sanitari non convenzionati**, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio. In questo caso le spese sostenute rientrano nei limiti previsti nell'utilizzo dei **centri sanitari non convenzionati;**
c) nel caso di utilizzo di **strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate** con esso, a rimborsare eventuali ticket sanitari a carico dell'Assicurato. In questo caso le spese sostenute rientrano nel Massimale previsto nell'utilizzo dei **Centri Sanitari Convenzionati**

Art. 2.5.10 PACCHETTO MATERNITÀ INTEGRATIVO

A pagare direttamente al personale convenzionato con UniSalute le spese per le prestazioni erogate.

Art. 2.5.11 PACCHETTO COVID-19

Relativamente alle prestazioni test sierologico quantitativo per la ricerca degli anticorpi Anti- SARS-CoV-2 e tampone naso faringeo, a seguito di test sierologico quantitativo positivo:

a) nel caso di utilizzo di **Centri Sanitari Convenzionati**, a pagare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le spese per le prestazioni erogate
b) nel caso di utilizzo di **centri sanitari non convenzionati**, a rimborsare le spese riconosciute e sostenute dall'Assicurato con l'applicazione di uno Scoperto del 20% con il minimo non indennizzabile di Euro 60 per ogni prestazione/accertamento.
c) nel caso in cui l'Assicurato fosse domiciliato in una provincia priva di **Centri Sanitari Convenzionati** con la Società, a rimborsare all'Assicurato le spese riconosciute e sostenute in proprio.

Art. 2.5.12 SECONDO RISCHIO EVOLUTO

Nel caso in cui l'Assicurato abbia altra Polizza con altra compagnia di assicurazioni riguardante lo stesso rischio e le medesime garanzie assicurate e si rivolga per prima a quest'ultima per l'indennizzo delle prestazioni sostenute, la Società provvederà a rimborsare, nei limiti previsti in Polizza, le spese riconosciute e rimaste a carico dell'Assicurato, senza applicazione di Scoperti e/o Franchigie previsti nell'utilizzo dei centri sanitari non convenzionati.

SINTESI DELLE FRANCHIGIE E DEGLI SCOPERTI

Modalità di liquidazione				
	Centro e Equipe Medica Convenzionati	**Centro Convenzionato e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati**	**Centro e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati**	**SSN o centri convenzionati con esso**
Ricovero per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie	Pagamento diretto spese Rimborso delle spese Pre e post Ricovero	Centro Convenzionato: pagamento diretto spese Equipe NON convenzionata: rimborso con Scoperto del 20% minimo € 1.000 e massimo € 6.000 Rimborso delle spese Pre e post Ricovero	rimborso con scoperto del 20% minimo € 1.000 e massimo € 6.000	Rimborso delle spese sostenute in proprio
Alta specializzazione	Pagamento diretto spese	-	rimborso con Scoperto del 20% minimo € 60	Rimborso ticket sanitario
Ospedalizzazione domiciliare	Pagamento diretto spese	-	-	-
Visite specialistiche e accertamenti	Pagamento diretto spese	-	rimborso con Scoperto del 20% minimo € 60	Rimborso ticket sanitario
Trattamenti fisioterapici	Pagamento diretto spese	-	rimborso con Scoperto del 20% minimo € 60	Rimborso ticket sanitario
Protesi ortopediche e acustiche	-	-	rimborso con Scoperto del 20% minimo € 60	-
Prevenzione odontoiatrica	Pagamento diretto spese	-	-	-
Prestazioni odontoiatriche da Infortunio	Pagamento diretto spese	-	Rimborso delle spese	Rimborso ticket sanitario
Interventi Chirurgici Odontoiatrici extra Ricovero	Pagamento diretto spese	-	rimborso con Scoperto del 20% minimo € 100	Rimborso ticket sanitario
Cure dentarie, terapie conservative, protesi e ortondonzia	Pagamento diretto spese	-	rimborso con Scoperto del 20% minimo € 100	Rimborso ticket sanitario

Modalità di liquidazione				
	Centro e Equipe Medica Convenzionati	**Centro Convenzionato e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati**	**Centro e Equipe medica/ Personale NON Convenzionati**	**SSN o centri convenzionati con esso**
Non autosufficienza temporanea	Pagamento diretto spese	-	Rimborso delle spese	-
Prevenzione	Pagamento diretto spese	-	-	-
Medicina complementare	Pagamento diretto spese	-	-	-
Qualità dell'aria	Pagamento diretto spese	-	-	-
Pacchetto maternità	Pagamento diretto spese	-	Rimborso delle spese	Rimborso ticket sanitario
Pacchetto maternità integrativo	Pagamento diretto spese	-	-	-
Pacchetto Covid-19	Pagamento diretto spese	-	Rimborso con Scoperto del 20% minimo € 60 oppure Rimborso spese, in caso di province senza Centri Sanitari Convenzionati	

3. NORME CHE REGOLANO LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI

NORME PER LE SEZIONI SPESE SANITARIE: A. AREA RICOVERO, B. AREA EXTRA RICOVERO, C. GARANZIE ACCESSORIE

Art. 3.1 - Denuncia del sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

- presentare denuncia alla Società secondo quanto previsto all'Art. 3.2 lettera a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata, lettera b) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata e lettera c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso;
- mettere a disposizione della Società, ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare il Sinistro;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle spese (generalità, estremi identificativi del contratto, ecc.);
- fornire tutta la Documentazione Sanitaria in copia fotostatica, o in originale se richiesta, necessaria per consentire alla Società le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Gestione dei Sinistri

La Società, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri, si avvale di UniSalute S.p.A., e della sua Centrale Operativa.

La Società ha la facoltà di cambiare la società alla quale è affidata la gestione dei Sinistri, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle prestazioni garantite.

Art. 3.2 - Modalità di utilizzo della copertura

a) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata

L'Assicurato deve sempre e preventivamente contattare la Centrale Operativa:

- al numero verde **800-009673** in Italia
- al numero **+39 051 6389046 s**e dall'estero

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30, festivi esclusi.

La Centrale Operativa, dopo aver accertato la regolarità assicurativa - eventualmente anche richiedendo all'Assicurato altra documentazione medica (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) - autorizzerà la prestazione. L'Assicurato all'atto dell'erogazione della prestazione, deve presentare al Centro Sanitario Convenzionato 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 l'Assicurato deve inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.

In caso di prestazione extra Ricovero l'Assicurato deve firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

La Società provvede a liquidare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato e all'Équipe Medica Convenzionata le competenze per le prestazioni autorizzate secondo le modalità e nei limiti previsti in Polizza. L'Assicurato deve saldare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato eventuali franchigie a suo carico previste dalle condizioni di Polizza nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.

Il Centro Sanitario Convenzionato 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.

Nel caso in cui la Centrale Operativa, sulla base delle informazioni ricevute, ritenga che la prestazione non sia indennizzabile in base alle condizioni contrattuali, comunica la decisione al Centro Sanitario

Convenzionato e all'Assicurato; quest'ultimo deve sostenere in proprio le spese relative alle prestazioni richieste ed eventualmente richiedere il Rimborso alla Società, secondo le modalità indicate al punto c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso.
Gli Indennizzi che dovessero successivamente essere riconosciuti come dovuti saranno tuttavia liquidati come se fosse stata autorizzata la prestazione in convenzione (e pertanto senza le penalizzazioni previste per l'utilizzo di centri sanitari non convenzionati).
Per prestazioni non riguardanti un Ricovero, l'Assicurato potrà effettuare la prenotazione anche attraverso la funzione online disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it oppure attraverso l'App.
Qualora l'Assicurato utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'autorizzazione e l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate secondo le modalità di erogazione delle prestazioni previste nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati, di cui al successivo punto c) del presente articolo.

b) Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata

L'Assicurato deve contattare preventivamente la Centrale Operativa:

- al numero verde **800-009673** in Italia,
- al numero **+39 051 6389046** se dall'estero,

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30, festivi esclusi.
La Centrale Operativa, dopo aver accertato la regolarità assicurativa - eventualmente anche richiedendo all'Assicurato altra documentazione medica (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) - autorizzerà la prestazione. L'Assicurato all'atto dell'erogazione della prestazione, deve presentare al Centro Sanitario Convenzionato 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 l'Assicurato deve inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi ricevuti.
In caso di prestazione extra Ricovero l'Assicurato deve firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.
La Società provvede a liquidare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato le competenze per le prestazioni autorizzate secondo le modalità e nei limiti previsti dalla in Polizza.
L'Assicurato deve pagare direttamente le prestazioni nei confronti dell'equipe medica non convenzionata e richiedere successivamente il rimborso delle spese sostenute secondo le modalità previste al successivo punto c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso.
L'Assicurato deve saldare direttamente al Centro Sanitario Convenzionato eventuali franchigie a suo carico previste dalle condizioni di Polizza nonché ogni altra spesa non coperta dal presente contratto e/o non autorizzata.
Il Centro Sanitario Convenzionato 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.
Nel caso in cui la Centrale Operativa, sulla base delle informazioni ricevute, ritenga che la prestazione non sia indennizzabile in base alle condizioni contrattuali, comunica la decisione al Centro Sanitario Convenzionato e all'Assicurato; quest'ultimo deve sostenere in proprio le spese relative alle prestazioni richieste ed eventualmente richiedere il Rimborso alla Società, secondo le modalità indicate al successivo punto c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso.
Gli Indennizzi che dovessero successivamente essere riconosciuti come dovuti saranno tuttavia liquidati come se fosse stata autorizzata la prestazione in convenzione (e pertanto senza le penalizzazioni previste per l'utilizzo di centri sanitari non convenzionati).
Per prestazioni non riguardanti un Ricovero, l'Assicurato potrà effettuare la prenotazione anche attraverso la funzione online disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it oppure attraverso l'App.
Qualora l'Assicurato utilizzi un Centro Sanitario Convenzionato senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa e, conseguentemente, senza ottenere l'autorizzazione e l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate secondo le modalità di erogazione delle prestazioni

previste nel caso di utilizzo di centri sanitari non convenzionati di cui al successivo punto c) del presente articolo.

c) Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso

L'Assicurato, per ottenere il rimborso, secondo le modalità indicate e nei limiti previsti in Polizza, delle spese sostenute per:

- Prestazioni in centri sanitari non convenzionati;
- Prestazioni da parte di equipe medica non convenzionata (presso Centri Sanitari Convenzionati);
- Prestazioni in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o convenzionate con esso;
- Prestazioni precedenti o successive al Ricovero, Day Hospital o Intervento Chirurgico ambulatoriale per Grande Intervento Chirurgico e Gravi Malattie;
- e/o ogni altra prestazione a rimborso prevista dalla Polizza o per il pagamento delle indennità o delle diarie da Ricovero e post Ricovero può adottare una delle seguenti modalità:
  - inviare la documentazione direttamente a **UniSalute S.p.A. Rimborsi Incontra Via Larga 8 40138, Bologna**
  - seguire quanto indicato all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it o dell'App

allegando il modulo per la richiesta di rimborso, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito www.unisalute.it, da compilare e sottoscrivere debitamente in ogni sua parte.

Il modulo deve essere inviato secondo le modalità sopra indicate, unitamente a copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di Ricovero e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extra Ricovero.

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

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

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo Sinistro e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico secondo le modalità e nei limiti previsti in Polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 3.3 - Stati di Non Autosufficienza Temporanea per Assicurati con età minima 18 anni

Entro 14 giorni da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare, dovrà:

- chiamare il numero verde gratuito **800-009673** (dall'estero numero non gratuito **+39 051 6389046**) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre alla Società ai fini della valutazione medica finale;
- produrre il fascicolo di richiesta di apertura del sinistro, da spedire a: **UniSalute S.p.A. - Servizi di Liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna** - a mezzo raccomandata A.R..

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del medico curante o del medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati;
- qualora l'Assicurato abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla Società tutta la documentazione sanitaria in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

La Società ha la facoltà di sottoporre il cliente a una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto come consolidato le garanzie di polizza non si attivano.

Se non si sarà in grado di stabilire se lo stato di non autosufficienza sia consolidato o temporaneo, la Società, insieme all'esito, comunicherà la rivedibilità specificandone la scadenza.

In risposta, la Società invierà un questionario al Medico curante o ospedaliero tramite l'Assicurato o un suo rappresentante.
Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente dell'Assicurato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di ricovero ed il risultato degli esami complementari effettuati.
Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti all'art. 2.C.1 STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETA' MINIMA 18 ANNI, se l'Assicurato è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di ricovero a domicilio, dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria; se l'Assicurato è ricoverato in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il Ricovero. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea documentazione sanitaria.
La Società, analizzata tutta la documentazione, valuterà se:
- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'Assicurato sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

La Società avrà sempre la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.
Il diritto dell'Assicurato al riconoscimento di quanto pattuito in polizza decorre dal momento in cui la Società considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello stato di non autosufficienza temporaneo dell'Assicurato.

Art. 3.4 - Ospedalizzazione Domiciliare
Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa:
- al numero verde **800-009673** se in Italia
- al numero **+39 051 6389046** se dall' estero

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30, festivi esclusi.

Art. 3.5 - Second Opinion
L'Assicurato può sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, contattando direttamente la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde **800.822469**. In tal modo l'Assicurato verrà informato tempestivamente della procedura da attivare per ottenere la prestazione garantita.
Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà inviare a UniSalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa.
Tale documentazione sarà poi inoltrata da UniSalute, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione di un terapeuta italiano o estero esperto in quella specifica patologia.

Art. 3.6 - Tariffe agevolate[11]
Per ususfruire delle Tariffe agevolate l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa:
- al numero verde **800-009673** se in Italia,

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30, festivi esclusi.

11. Posso usufruire di condizioni particolari se mi rivolgo a strutture sanitarie convenzionate con UniSalute anche per prestazioni non incluse nella mia copertura assicurativa?
Si, contattando preventivamente la Centrale Operativa potrà prenotare la prestazione e vedersi applicata la tariffa agevolata prevista per chi è assicurato con il prodotto UniCredit My Care Salute.

Art. 3.7 - Gestione dei documenti di spesa

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

a) **Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati,** la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate viene consegnata direttamente dal Centro Sanitario Convenzionato all'Assicurato.

b) **Nel caso di Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata,** la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate effettuate in Centri Sanitari Convenzionati viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.
UniSalute, 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, liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
   - 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) **Nel caso di prestazioni in centri sanitari non convenzionati**, UniSalute, 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, liquidate e non liquidate nel corso del mese passato;
   - 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.

Art. 3.8 - Obbligo di restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di prestazione sanitaria effettuata in un Centro Sanitario Convenzionato o non convenzionato, qualora si dovesse accertare l'inoperatività e/o inefficacia dell'Assicurazione, ne sarà data comunicazione all'Assicurato il quale, ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 2033 del Codice Civile, dovrà restituire a UniSalute tutte le somme indebitamente versate all'Istituto di Cura o rimborsate al cliente stesso.

Art. 3.9 - Arbitrato irrituale

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

Art. 3.10 - Pagamento del Sinistro

La Società liquida quanto spettante all'Assicurato in relazione alle richieste di rimborso, entro 45 giorni dalla presentazione di tutta la documentazione completa dalla stessa richiesta e a cura ultimata.
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.

NORME PER LA SEZIONE D. ASSISTENZA

Art. 3.11 - Denuncia del Sinistro ed obblighi del Contraente o dell'Assicurato

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve:

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

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 3.12 - Modalità per richiedere le Prestazioni di Assistenza

La Società, per la gestione e la liquidazione dei Sinistri relativi alla Sezione Assistenza, nonché per l'erogazione delle Prestazioni di Assistenza, si avvale di UniSalute S.p.A., e della sua Centrale Operativa/Struttura Organizzativa.

La Società ha la facoltà di cambiare la Società alla quale è affidata la gestione dei Sinistri, dandone tempestivo avviso al Contraente e senza che ciò comporti la variazione delle Prestazioni garantite.

Per la richiesta di PRESTAZIONI DI ASSISTENZA EROGATE IN ITALIA, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa:

- al numero verde **800-212477** se in Italia
- al numero **+39 051-6389048** se dall'estero specificando la prestazione richiesta.

Le prestazioni sono attive 24 ore su 24, tutti i giorni dell'Anno.

Per la richiesta di prestazioni di cui all'Art. 2.D.2. PRESTAZIONI DI ASSISTENZA EROGATE ALL'ESTERO, l'Assicurato dovrà contattare la Struttura Organizzativa:

- al numero **+39 051-4161781**

specificando la prestazione richiesta.

Le prestazioni sono attive 24 ore su 24, tutti i giorni dell'Anno.

Per la richiesta di prestazioni di cui all'Art. 2.D.5. PRESTAZIONI DI CONSULENZA EROGATE IN ITALIA, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa:

- al numero verde **800-009673** se in Italia
- al numero **+39 051-6389046** se dall'estero

specificando la prestazione richiesta, nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle ore 8:30 alle ore 19:30, festivi esclusi.

NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA

Testo articoli del Codice Civile richiamati nel contratto.

Art. 1341 Condizioni Generali di Contratto
Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.
In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 Contratto concluso mediante moduli o formulari
Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate. Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1888 Prova del contratto
Il contratto di Assicurazione deve essere provato per iscritto.
L'Assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la Polizza di Assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.
L'Assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della Polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

Art. 1892 Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo e colpa grave
Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del Contraente, relative a circostanze tali che l'Assicuratore non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni se avesse conosciuto il vero stato delle cose, sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente ha agito con dolo o con colpa grave.
L'Assicuratore decade dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione.
L'Assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo Anno.
Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.
Se l'assicurazione riguarda più persone o più cose, il contratto è valido per quelle persone o per quelle cose alle quali non si riferisce la dichiarazione inesatta o la reticenza.

Art. 1893 Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave
Se il Contraente ha agito senza dolo o colpa grave, le dichiarazioni inesatte e le reticenze non sono causa di annullamento del contratto, ma l'Assicuratore può recedere dal contratto stesso, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Se il Sinistro si verifica prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che questi abbia dichiarato di recedere dal contratto, la somma dovuta è ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose.

Art. 1894 Assicurazione in nome o per conto di terzi
Nelle assicurazioni in nome o per conto di terzi, se questi hanno conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o delle reticenze relative al Rischio, si applicano a favore dell'Assicuratore le disposizioni degli artt. 1892 e 1893 c.c.

Art. 1897 Diminuzione del Rischio
Se il contraente comunica all'assicuratore mutamenti che producono una diminuzione del rischio tale che, se fosse stata conosciuta al momento della conclusione del contratto, avrebbe portato alla stipulazione di un premio minore, l'assicuratore, a decorrere dalla scadenza del premio o della rata di premio successiva alla comunicazione suddetta, non può esigere che il minor premio, ma ha la facoltà di recedere dal contratto entro due mesi dal giorno in cui è stata fatta la comunicazione.

La dichiarazione di recesso dal contratto ha effetto dopo un mese.

Art. 1898 Aggravamento del Rischio
Il Contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'Assicuratore dei mutamenti che aggravano il Rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'Assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione o l'avrebbe consentita per un Premio più elevato.
L'Assicuratore può recedere dal contratto dandone comunicazione per iscritto all'Assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del Rischio.
Il recesso dell'Assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'Assicuratore non avrebbe consentito l'Assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del Rischio è tale che per l'Assicurazione sarebbe stato richiesto un Premio maggiore.
Spettano all'Assicuratore i premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui è comunicata la dichiarazione di recesso.
Se il Sinistro si verifica prima che siano trascorsi i termini del recesso, l'Assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del Rischio sia tale che egli non avrebbe consentito l'Assicurazione se il nuovo stato di cose fosse esistito al momento del contratto; altrimenti la somma dovuta è ridotta, tenuto conto del rapporto tra il Premio stabilito nel contratto e quello che sarebbe stato fissato se il maggiore Rischio fosse esistito al tempo del contratto stesso.

Art. 1901 Mancato pagamento del Premio
Se il Contraente non paga il Premio o la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto.
Se alle scadenze convenute il Contraente non paga i premi successivi, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza. Nelle ipotesi previste dai due commi precedenti il contratto è risoluto di diritto se l'Assicuratore, nel termine di sei mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; l'Assicuratore ha diritto soltanto al pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese. La presente norma non si applica alle assicurazioni sulla vita.

Art. 1910 Assicurazione presso diversi Assicuratori
Se per il medesimo Rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi Assicuratori, l'Assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun Assicuratore. Se l'Assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli Assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.
Nel caso di Sinistro, l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori a norma dell'art. 1913 c.c., indicando a ciascuno il nome degli altri. L'Assicurato può chiedere a ciascun Assicuratore l'indennità dovuta secondo il rispettivo contratto, purché le somme complessivamente riscosse non superino l'ammontare del danno.
L'Assicuratore che ha pagato ha diritto di regresso contro gli altri per la ripartizione proporzionale in ragione delle indennità dovute secondo i rispettivi contratti. Se un Assicuratore è insolvente, la sua quota viene ripartita fra gli altri Assicuratori.

Art. 1913 Avviso all'Assicuratore in caso di Sinistro
L'Assicurato deve dare avviso del Sinistro all'Assicuratore o all'agente autorizzato a concludere il contratto, entro tre giorni da quello in cui si è verificato il Sinistro o l'Assicurato ne ha avuto conoscenza. Non è necessario l'avviso, se l'Assicuratore o l'agente autorizzato alla conclusione del contratto interviene entro il detto termine alle operazioni di salvataggio o di contestazione del Sinistro.
Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio
L'Assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.
Se l'Assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'Assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 2033 Indebito oggettivo
Chi ha eseguito un pagamento non dovuto ha diritto di ripetere ciò che ha pagato. Ha inoltre diritto ai frutti e agli interessi dal giorno del pagamento, se chi lo ha ricevuto era in malafede, oppure, se questi era in buona fede, dal giorno della domanda.

ALLEGATO A - GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o trans orale
- Interventi di cranio plastica
- Intervento sulla ipofisi per via tran sfenoidale
- 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 timpanogiugulari

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococcosi polmonare
- Pneumectomia totale o parziale
- Interventi per cisti o tumori del mediastino

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE
- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi con esofagoplastica
- Intervento per mega-esofago
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

- Interventi di amputazione del retto-ano
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi epatica
- Resezioni epatiche
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per neoplasie pancreatiche

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

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

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

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

TRAPIANTI DI ORGANO
- Tutti.

RIFERIMENTI UTILI

Per le **PRESTAZIONI SANITARIE** previste legate a Strutture Sanitarie Convenzionate con o senza Equipe Mediche Convenzionate, oppure per **PRESTAZIONI DI CONSULENZA** telefonica

il cliente deve contattare la Centrale Operativa nei seguenti modi:

Numero verde: 800-009673 in Italia
Numero urbano: +39 051 6389046 se dall'estero

Per le **PRESTAZIONI DI ASSISTENZA**

EROGATE IN ITALIA
il cliente deve contattare la Struttura Organizzativa nei seguenti modi:

Numero verde: 800-212477 in Italia
Numero urbano: +39 051-6389048 se dall'estero

attivo per tutto l'arco delle 24 ore

EROGATE ALL'ESTERO
il cliente deve contattare la Struttura Organizzativa nei seguenti modi:

Numero urbano: +39 051-4161781 se dall'estero

Attivo per tutto l'arco delle 24 ore

Incontra Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: Piazza Tre Torri, 3 - 20145 Milano (Italia) - incontra.assicurazioni@pec.allianz.it - Tel. +39 027216.1
Fax +39 027216.5078 - Capitale sociale i.v. Euro 5.200.000,00 - Registro delle Imprese di Milano, CF 02381450101 - P.IVA 05667761000
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 22/3/84 pubblicato sulla G.U. n. 105 del 14/4/84.
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Allianz S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione
e riassicurazione Sez. I al n. 1.00059 e facente parte del Gruppo Assicurativo Allianz iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 018

www.incontraassicurazioni.it

Incontra
Assicurazioni

INFORMATIVA PRIVACY

INFORMATIVA PRIVACY

Informativa sulla privacy e sulle tecniche di comunicazione a distanza

La presente informativa le viene data in relazione al trattamento dei dati connesso all'erogazione della polizza assicurativa in suo favore a norma del Regolamento (UE) 2016/679 (il "GDPR") che tutela la libera circolazione dei dati e la riservatezza delle persone fisiche e in conformità ad ogni altra disposizione normativa dell'Unione Europea o degli Stati membri applicabile in materia di privacy (insieme, la "Normativa Privacy").

1. Titolare del trattamento e informazioni di contatto

Il Titolare del trattamento dei dati è:

- Incontra Assicurazioni S.p.A. con sede legale in Milano, Piazza Tre Torri 3, contattabile all'indirizzo Incontra Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo.incontra.assicurazioni@allianz.it ("Incontra Assicurazioni" o la "Compagnia").

Il Responsabile della Protezione dei dati (DPO) di Incontra Assicurazioni potrà essere contattato scrivendo all'indirizzo: Incontra Assicurazioni S.p.A., Piazza Tre Torri 3 - 20145 Milano, oppure scrivendo all'indirizzo e-mail dpo.incontra.assicurazioni@allianz.it.

2. Categorie di dati trattati

Incontra Assicurazioni tratterà le seguenti categorie di dati:

a) dati anagrafici,
b) dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita,
c) digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger),
d) dati sensibili quali i dati relativi alla salute,
e) dati giudiziari.

3. Finalità dei trattamenti e basi giuridiche

Nella seguente tabella le indichiamo gli aspetti principali dei trattamenti dei suoi dati. I dati raccolti e le finalità possono variare a seconda dei prodotti assicurativi acquistati; per questo nella tabella trova l'indicazione dei prodotti rilevanti per le diverse finalità. La invitiamo a verificare che le finalità sotto indicate si applichino anche ai prodotti da lei acquistati.

N	Finalità	Base giuridica	Categorie di dati trattati	Prodotti
1	Attività di consulenza su prodotti e servizi assicurativi con particolare riguardo alla valutazione sulle sue esigenze e sul suo profilo di rischio secondo quanto imposto dalla legge in materia di valutazione dell'adeguatezza del prodotto	Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 lett. c GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persone e alle sue abitudini di vita c) Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute (per prodotti infortuni e malattia)	Motor Danni
2	Conclusione, gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in particolare con riguardo alla preventivazione, alla conclusione della polizza allo svolgimento degli adempimenti amministrativi, alla raccolta dei premi ed alla gestione della fase liquidativa	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR) Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, lett. a GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persone e alle sue abitudini di vita c) Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche	Danni Motor

N	Finalità	Base giuridica	Categorie di dati trattati	Prodotti
3	Gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in particolare con riguardo allo svolgimento degli adempimenti amministrativi, alla raccolta dei premi, alla gestione della fase liquidativa	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	Dati relativi a: a) i percorsi del veicolo, intendendosi per tali le percorrenze complessive, il tipo di strada utilizzata – urbana extraurbana e autostrada – il momento di percorrenza – orario diurno o notturno - suddivisi per giorno e per provincia; b) posizione del veicolo in caso di furto totale o rapina; c) la rilevazione delle accelerazioni/ decelerazioni del veicolo; d) la velocità ed eccessi di velocità rispetto ai limiti; e) lo stile di guida intendendosi per esso la rilevazione di frenate, velocità, accelerazioni in curva e ogni altro dato generato da un giroscopio; f) segnalazione di un possibile sinistro sulla base di algoritmi di analisi dei dati sopra indicati	Motor
4	Gestione ed esecuzione del rapporto contrattuale in particolare con riguardo allo svolgimento degli adempimenti amministrativi, alla raccolta dei premi, alla gestione della fase liquidativa	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	Dati anagrafici	Danni
5	Creazione e gestione del rischio assicurativo	Legittimo interesse del titolare a creare gestire in modo corretto il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita, anche con il ricorso alla consultazione di banche dati detenute da società specializzate o altri Enti	Danni Motor
6	Scontistica	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Danni Motor

N	Finalità	Base giuridica	Categorie di dati trattati	Prodotti
7	Tariffazione	Legittimo interesse del titolare a creare e gestire in modo corretto il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR)	Dati relativi a: a) i percorsi del veicolo, intendendosi per tali le percorrenze complessive, il tipo di strada utilizzata – urbana extraurbana e autostrada – il momento di percorrenza – orario diurno o notturno - suddivisi per giorno e per provincia; b) posizione del veicolo in caso di furto totale o rapina; c) la rilevazione delle accelerazioni/decelerazioni del veicolo; d) la velocità ed eccessi di velocità rispetto ai limiti; e) lo stile di guida intendendosi per esso la rilevazione di frenate, velocità, accelerazioni in curva e ogni altro dato generato da un giroscopio; f) segnalazione di un possibile sinistro sulla base di algoritmi di analisi dei dati sopra indicati	Motor
8	Scontistica	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	Dati relativi a: a) i percorsi del veicolo, intendendosi per tali le percorrenze complessive, il tipo di strada utilizzata – urbana extraurbana e autostrada – il momento di percorrenza – orario diurno o notturno - suddivisi per giorno e per provincia; b) posizione del veicolo in caso di furto totale o rapina; c) la rilevazione delle accelerazioni/decelerazioni del veicolo; d) la velocità ed eccessi di velocità rispetto ai limiti; e) lo stile di guida intendendosi per esso la rilevazione di frenate, velocità, accelerazioni in curva e ogni altro dato generato da un giroscopio; f) segnalazione di un possibile sinistro sulla base di algoritmi di analisi dei dati sopra indicati	Motor
9	Svolgimento delle attività di sorveglianza di portafoglio e ridistribuzione del rischio assicurativo tramite riassicurazioni	Legittimo interesse del titolare a creare e gestire in modo corretto il rischio assicurativo (art. 6 lett. f GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Motor Danni

N	Finalità	Base giuridica	Categorie di dati trattati	Prodotti
10	Attività di analisi ed elaborazione dei dati volti all'incremento dell'efficienza dei prodotti e servizi, alla loro evoluzione e allo studio e valutazione di prodotti e servizi nuovi nel settore assicurativo. I dati (anche quelli relativi a danneggiati o trasportati che potranno essere trattati in occasione della gestione dei sinistri) potranno altresì essere trasferiti e/o consultati dalle altre società del Gruppo Allianz SE, anche successivamente alla conclusione del rapporto assicurativo, per una maggiore efficienza dei sistemi informativi, nonché, in generale, per una migliore qualità dei propri servizi.	Legittimo interesse del titolare e dell'interessato al miglioramento dell'efficienza dei prodotti e dei servizi (art. 6 lett. f GDPR) Per quanto riguarda i dati sensibili sub c della colonna a fianco, consenso dell'interessato (art. 9, comma 2, lett. a GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini e alle sue scelte economiche c) Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute	Motor Danni
11	Tutela dei propri diritti e costituzione, esercizio e difesa dei diritti della Società in sede giudiziaria	Legittimo interesse del titolare a tutelare i propri diritti (art. 6 lett. f GDPR) e per i dati particolari la necessità di accertare, esercitare e difendere i propri diritti (art. 9, paragrafo 2, lett. f)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita c) Dati appartenenti alla categoria dei dati particolari, quali, ad esempio, i dati relativi alla salute per visite mediche	Motor Danni
12	Svolgimento di attività di prevenzione e individuazione delle frodi assicurative	Legittimo interesse del titolare a scongiurare attività a suo danno in un settore caratterizzato da un'alta incidenza di fenomeni fraudolenti (art. 6 lett. f GDPR	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita anche con il ricorso alla consultazione di banche dati detenute da società specializzate o altri Enti c) Dati giudiziari	Motor Danni
13	Adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti o normative comunitarie in materia di antiriciclaggio, casellario centrale infortuni, motorizzazione civile, nonché nel caso in cui sia necessario adempiere ad ordini dell'autorità pubblica	Adempimento di un obbligo di legge (art. 6 lett. c GDPR)	a) Dati anagrafici b) Dati relativi alla sua persona e alle sue abitudini di vita	Motor Danni
14	Risposta a richieste di diverso tipo inoltrate sui canali social del Titolare	Necessità di dare esecuzione al contratto o a misure precontrattuali da lei richieste (art. 6 lett. b GDPR)	a) Digital contacts, quali e-mail, numero di cellulare, social network (ad es. Facebook, Twitter) e servizi di messaggistica/voip (ad es. Skype, WhatsApp, Viber, Messenger).	Motor Danni

4. Tempi di conservazione

I dati saranno conservati per il tempo necessario al loro utilizzo, Incontra Assicurazioni S.p.A. avrà cura di conservare i dati per il periodo minimo necessario nel rispetto delle indicazioni contenute nella normativa di settore e tenuto conto della necessità di accedervi per esercitare un diritto e/o difendersi in sede giudiziaria e procederà con cadenza periodica a verificare in modo idoneo l'effettivo permanere dell'interesse del soggetto cui si riferiscono i dati a far svolgere il trattamento per le finalità sopra precisate.
In applicazione di questi criteri, in ossequio al combinato disposto della vigente normativa civilistica-fiscale-assicurativa (art. 2220 cod.civ., Reg. IVASS 5/2006 e Reg. IVASS 27/2008), di seguito si indicano gli specifici tempi di conservazione applicati da Incontra Assicurazioni:

- per i dati raccolti per finalità contrattuali relativamente ai prodotti Motor: 15 anni dalla cessazione dell'utilizzo dei dati stessi, salvo emergano contenziosi, nel qual caso i dati saranno conservati per tutta la durata del contenzioso stesso;
- per i dati raccolti per finalità contrattuali relativamente ai prodotti Danni: 15 anni dalla cessazione dell'utilizzo dei dati stessi, salvo emergano contenziosi, nel qual caso i dati saranno conservati per tutta la durata del contenzioso stesso;

Decorsi i termini, i dati verranno cancellati o saranno anonimizzati

5. Ambito di diffusione dei dati

I suoi dati potranno essere trattati:

- da dipendenti della Società debitamente istruiti e autorizzati;
- da soggetti esterni che trattano i dati in qualità di responsabili del trattamento nel nostro interesse per le sole finalità connesse al servizio assicurativo.

In particolare i Suoi dati potrebbero essere comunicati ad altri soggetti nel contesto della c.d. catena assicurativa che tratteranno i dati sia in qualità di responsabili che di titolari autonomi. Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del Gruppo Allianz SE o della catena distributiva quali agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione, consulenti tecnici e altri soggetti che svolgono attività ausiliarie per conto della Società quali legali, periti e medici, autofficine, centri di demolizione di autoveicoli; società di servizi per il quietanzamento, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; centrali operative di assistenza e società di consulenza per la tutela giudiziaria, cliniche convenzionate, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali indicate nel plico postale; 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. I Suoi dati potrebbero essere comunicati ai seguenti soggetti che operano come autonomi titolari: soggetti inerenti al rapporto che la riguarda (ad esempio contraenti e assicurati), altri assicuratori, coassicuratori, riassicuratori, consorzi ed associazioni del settore, broker assicurativi, banche, SIM, Società di Gestione del Risparmio. Inoltre potremmo avere l'obbligo legale di comunicare i Suoi dati a enti e organismi pubblici, quali ad esempio Ivass, Consap, Casellario Centrale Infortuni, UIC, Motorizzazione Civile, Enti Gestori di Assicurazioni Sociali Obbligatorie, nonché all'Autorità Giudiziaria e alle Forze dell'Ordine.

6. Trasferimento all'estero dei dati

I Suoi dati potranno essere trasferiti verso ad altre società del Gruppo Allianz SE in paesi terzi europei/extraeuropei secondo le modalità stabilite dalle Binding Corporate Rules (BCRs) approvate dal Gruppo Allianz SE che potrà visionare sul sito internet della Compagnia. Nel caso in cui le BCR non trovassero applicazione (e quindi nel caso in cui il trasferimento non riguardi altre società del Gruppo Allianz SE) adotteremo clausole standard per il trasferimento dei dati verso paesi terzi per assicurare in ogni caso l'adeguata protezione per il trasferimento dei Suoi dati. Nel caso in cui Lei voglia ottenere una copia dei dati trasferiti o avere maggiori informazioni sul luogo di conservazione può scrivere a: Incontra Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – e-mail privacy.incontra.assicurazioni@allianz.it. In ogni caso, qualora i Suoi dati dovessero essere trasferiti al di fuori dell'Unione Europea o al di fuori dell'Area Economica Europea, Incontra Assicurazioni garantisce che il destinatario dei dati personali assicura un adeguato livello di protezione, in particolare, grazie all'adozione di particolari clausole contrattuali standard che disciplinano il trasferimento dei dati personali e che sono state approvate dalla Commissione Europea.

7. I diritti sul trattamento dei dati personali

In ogni caso, potrà rivolgersi a Incontra Assicurazioni S.p.A. - Piazza Tre Torri, 3 – 20145 Milano – e-mail privacy.incontra.assicurazioni@allianz.it, per l'esercizio dei diritti di accesso, modifica, cancellazione e opposizione di seguito descritti (sanciti dalla Normativa Privacy):

- conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano, anche se non ancora registrati e la loro comunicazione in forma intellegibile;
- indicazione dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, delle categorie di dati personali in questione, degli estremi del Titolare e del responsabile del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, del periodo di conservazione o, se non è possibile, dei criteri per determinarlo;
- aggiornamento, rettifica ovvero integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati, l'attestazione che le operazioni richieste sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si riveli impossibile o comporti un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato. Inoltre, ha il diritto di chiedere la limitazione del trattamento che la riguardano e il trasferimento dei Suoi dati ad un diverso titolare (c.d. diritto alla portabilità dei dati) e di opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati che la riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta, o opporsi, in tutto o in parte, (tra gli altri, in relazione a specifici mezzi di comunicazione) al trattamento di dati personali che a riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, fermo restando che la Società non ha in programma di eseguire simili trattamenti

7.a) Diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo

Qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati è illecito, ha altresì il diritto di proporre reclamo al Garante italiano per la protezione dei dati personali.