



la tua protezione



UnipolSai

SALUTE

INVALIDITÀ

Contratto di Assicurazione Invalidità Permanente da Malattia.

Modello 1261 – Ed. 01.04.2014

IL PRESENTE FASCICOLO INFORMATIVO CONTENENTE

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

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DEL CONTRATTO.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.

UnipolSai
ASSICURAZIONI

Divisione 

Unipol
GRUPPO

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

**UnipolSai SALUTE
INVALIDITÀ**

Ed. 01.04.2014

1

NOTA INFORMATIVA

PAGINA

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

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

PAGINA

• CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	2 di 24
• NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE	5 di 24
• ESCLUSIONI E LIMITI CONTRATTUALI	6 di 24
• NORME CHE REGOLANO LA COPERTURA E LA LIQUIDAZIONE DEI SINISTRI	7 di 24
• PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA	16 di 24
• PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA SINDROME METABOLICA	22 di 24
• NORME DI LEGGE RICHIAMATE IN POLIZZA	23 di 24

3

INFORMATIVA PRIVACY

PAGINA

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

1

NOTA INFORMATIVA

Nota informativa relativa al contratto di assicurazione Invalidità Permanente da Malattia "UnipolSai SALUTE INVALIDITÀ" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010)

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

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

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

Per consultare gli aggiornamenti delle Informazioni sull'Impresa di assicurazione contenute nella presente Nota informativa, si rinvia al link: http://www.unipolsai.it/Pagine/Aggiornamento_Fascicoli_Informativi.aspx.

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

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

La Nota informativa si articola in tre sezioni:
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale: Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico: 051.5077111 - telefax: 051.375349 - siti internet: www.unipolsai.com - www.unipolsai.it - indirizzo di posta elettronica: info-danni@unipolsai.it.
- d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2012, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 1.627.332.680,00, con capitale sociale pari ad € 1.194.572.974,00 e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 432.759.706,00. L'indice di solvibilità (da intendersi quale il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente) riferito alla gestione dei rami danni è pari a 133,3%.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto non prevede il tacito rinnovo e, pertanto, cessa alla scadenza del periodo prefissato senza obbligo di disdetta. Si rinvia all'articolo 1.9 delle "Condizioni Generali di Assicurazione" per gli aspetti di dettaglio.

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

3. Coperture assicurative – Limitazioni ed esclusioni

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

a) INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

La Società indennizza, nei limiti del capitale assicurato le conseguenze di malattie, manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che provochino all'Assicurato una invalidità permanente di grado superiore alla soglia prevista. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al punto 2 "Garanzie assicurate" della Sezione "Norme che regolano l'Assicurazione" e all'articolo 4.1.1 "Criteri di indennizzabilità" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri".

b) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E TRATTAMENTI FISIOTERAPICI / RIABILITATIVI A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA AVVENUTO DURANTE L'OPERATIVITA' DEL CONTRATTO DI DURATA SUPERIORE A DIECI GIORNI CAUSATO DA UNA MALATTIA MANIFESTATASI DURANTE L'OPERATIVITA' DELLO STESSO

Qualora la Società accerti che, in seguito alle dimissioni da un Istituto di cura per un ricovero dipendente da malattia manifestatasi nel periodo di vigenza contrattuale, di durata superiore a dieci giorni consecutivi, e avvenuto anch'esso durante l'operatività del contratto,

l'Assicurato necessiti di visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi connessi alla patologia denunciata, la stessa provvede alla liquidazione delle spese sostenute per le prestazioni effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con UniSalute. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al punto 2 "Garanzie assicurate" della Sezione "Norme che regolano l'Assicurazione" e all'articolo 4.2.1 "Criteri di indennizzabilità" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri".

c) INDENNITA' DI CONVALESCENZA A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA DI DURATA SUPERIORE A DIECI GIORNI A CAUSA DI UNA MALATTIA MANIFESTATASI DURANTE L'OPERATIVITA' DEL CONTRATTO

La Società riconosce all'Assicurato, in caso di ricovero con pernottamento avvenuto durante l'operatività del contratto presso un Istituto di cura di durata superiore a dieci giorni consecutivi causato da una malattia manifestatasi durante l'operatività del contratto e qualora il medico curante al momento della dimissione prescriva un periodo di convalescenza, la corresponsione di un importo giornaliero per ogni giorno di convalescenza successiva al ricovero stesso. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al punto 2 "Garanzie assicurate" della Sezione "Norme che regolano l'Assicurazione" e all'articolo 4.3.1 "Criteri di indennizzabilità" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri".

d) SINDROME METABOLICA

La Società mette a disposizione dell'Assicurato un servizio che gli consente di verificare in via preventiva se sia affetto da "Sindrome Metabolica", come definita al punto 6 "Parametri di riferimento per la valutazione della sindrome metabolica", valutando, attraverso la compilazione di un questionario, se esistano eventuali fattori di rischio per la sua salute, soprattutto di natura cardiovascolare, correlati al suo stile di vita o a patologie

preesistenti ad alto rischio cardiovascolare sottovalutate fino a quel momento. Qualora emerga l'esistenza di detti fattori di rischio la Società propone un programma di attività e dei suggerimenti che possano aiutare a limitarli.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al punto 2 "Garanzie assicurate" della Sezione "Norme che regolano l'Assicurazione" e all'articolo 4.4.1 "Criteri di indennizzabilità" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri".

e) SECOND OPINION

In presenza di una grave malattia accertata, l'Assicurato può fare esplicita richiesta di sottoporre i responsi ricevuti dai sanitari curanti, concernenti una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche. Per gli aspetti di dettaglio, anche in merito all'elenco delle malattie per cui è prestata la garanzia, si rinvia al punto 2 "Criteri di indennizzabilità" della Sezione "Norme che regolano l'Assicurazione" e all'articolo 4.5.1 "Criteri di indennizzabilità" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri".

f) ASSISTENZA

La Società, in caso di infortunio o di malattia, mette a disposizione dell'Assicurato, nei limiti previsti per le singole prestazioni, i servizi di Assistenza nel caso in cui questi vengano a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nelle condizioni di assicurazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia al punto 2 "Criteri di indennizzabilità" della Sezione "Norme che regolano l'Assicurazione" e all'articolo 4.6 "Assistenza" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri".

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni, esclusioni e sospensioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Si rinvia all'articolo 1.7 "Pagamento del premio e perfezionamento del contratto" delle "Con-

dizioni Generali di Assicurazione", e agli articoli 1.14 "Cumulabilità degli indennizzi", 3.1 "Rischi esclusi" e 3.2. "Persone non Assicurabili" delle "Norme che regolano l'assicurazione".

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifici parametri, franchigie, massimali/somme assicurate per il dettaglio dei quali si rinvia ai punti 5 "Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia" e 6 "Parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica", nonché agli articoli 4.1 "Invalidità Permanente a seguito di malattia"; 4.2 "Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni causato da una malattia manifestatasi durante l'operatività dello stesso"; 4.3 "Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni a causa di una malattia manifestatasi durante l'operatività del contratto"; 4.4 "Sindrome Metabolica"; 4.5 "Second Opinion"; 4.6 "Assistenza" e/o alla Scheda di polizza. Inoltre ciascuna garanzia è soggetta a limitazioni per le quali si rinvia agli articoli delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente, di seguito si illustra il meccanismo di funzionamento di franchigie, somme assicurate/massimali per la determinazione dell'indennizzo sia in caso di Invalidità Permanente da Malattia che in caso di visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto, di durata superiore a dieci giorni, causato da una malattia manifestatasi durante l'operatività dello stesso, mediante esemplificazioni numeriche.

Meccanismo di funzionamento della franchigia per la determinazione dell'indennizzo

per Invalidità Permanente da Malattia:

1° esempio

Viene diagnosticata una malattia che porterà una invalidità accertata del 18%. La somma assicurata è di € 100.000,00. L'indennizzo è calcolato nel seguente modo:

Somma assicurata per invalidità: € 100.000,00

Franchigia fissa: 25%

Invalidità accertata: 18%

Invalidità da liquidare: nessun indennizzo dovuto perché l'invalidità accertata è inferiore alla franchigia.

2° esempio

Viene diagnosticata una malattia che porterà una invalidità accertata del 35%. La somma assicurata è di € 100.000,00. L'indennizzo è calcolato nel seguente modo:

Somma assicurata per invalidità: € 100.000,00

Franchigia fissa: 25%

Invalidità accertata: 35%

Invalidità da liquidare: 20% (come da tabella liquidativa prevista all'art. 4.1.3 "Determinazione dell'indennizzo").

Importo liquidato:

20% x € 100.000,00 = € 20.000,00

3° esempio

Viene diagnosticata una malattia che porterà una invalidità accertata del 76%. La somma assicurata è di € 200.000,00. L'indennizzo è calcolato nel seguente modo:

Somma assicurata per invalidità: € 200.000,00

Franchigia fissa: 25%

Invalidità accertata: 76%

Invalidità da liquidare: 100% (come da tabella liquidativa prevista all'art. 4.1.3 "Determinazione dell'indennizzo").

Importo liquidato:

100% x € 200.000,00 = € 200.000,00

Meccanismo di funzionamento del massimale per la garanzia "Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci

giorni causato da una malattia manifestatasi durante l'operatività dello stesso":

esempio

A seguito di un ricovero verificatosi nel periodo di operatività del contratto, con degenza continuativa di 11 giorni, reso necessario da una malattia manifestatasi successivamente all'effetto della polizza e comunque entro il periodo di validità della stessa, l'Assicurato necessita di effettuare accertamenti diagnostici presso una Struttura Sanitaria privata convenzionata con UniSalute.

Il Cliente deve effettuare prestazioni per un importo complessivo di € 3.000,00.

La garanzia prevede un massimale annuo di € 1.500,00.

UniSalute liquiderà le prestazioni fino al limite previsto di € 1.500,00, la spesa eccedente dovrà essere versata alla struttura sanitaria convenzionata direttamente dall'Assicurato.

Avvertenza: la copertura Invalidità Permanente da Malattia è prestata fino alla scadenza annuale del contratto successiva al compimento da parte dell'Assicurato del sessantacinquesimo anno di età come indicato agli articoli 1.9 "Durata dell'assicurazione" delle "Condizioni Generali di Assicurazione" e 3.3 "Limiti di età" delle "Norme che regolano l'Assicurazione". Si rimanda ai suddetti articoli per gli aspetti di dettaglio.

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: le coperture "Invalidità Permanente da Malattia", "Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni causato da una malattia manifestatasi durante l'operatività dello stesso" e "Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni a causa di una malattia manifestatasi duran-

te l'operatività del contratto" sono prestate con i termini di carenza indicati all'articolo 1.8 "Decorrenza della garanzia e Termini di aspettativa" delle "Condizioni Generali di Assicurazione". Si rimanda al suddetto articolo per gli aspetti di dettaglio.

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

Avvertenza: le eventuali dichiarazioni false o reticenti del Contraente o dell'Assicurato sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto potrebbero comportare effetti sul diritto all'indennizzo. Si rinvia all'articolo 1.2 "Dichiarazioni del Contraente/Assicurato" delle "Condizioni Generali di Assicurazione" per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società presta le coperture Malattia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel questionario sanitario, che deve essere compilato in maniera precisa e veritiera e formerà parte integrante del contratto.

6. Aggravamento del rischio e variazione nella professione

Il diritto all'indennizzo viene riconosciuto indipendentemente dall'eventuale aggravamento del rischio e/o dalla variazione nella professione del Contraente/Assicurato. L'esistenza di dipendenze (droga, alcool) o talune infermità mentali che si manifestino nel corso del contratto comportano la cessazione del rischio. Si rinvia agli articoli 1.4 "Aggravamento del rischio" delle "Condizioni Generali di Assicurazione" e 3.2 "Persone non assicurabili" delle "Norme che regolano l'Assicurazione" per gli aspetti di dettaglio.

7. Premi

Il premio deve essere pagato per intero ed in via anticipata ad ogni annualità assicurativa all'Agenzia/Intermediario assicurativo al quale è assegnato il contratto oppure alla Direzione della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della nor-

mativa vigente. La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate semestrali o trimestrali o quadrimestrali anticipate, che comporterà tuttavia oneri aggiuntivi rispettivamente pari al **3%**, al **4%** e al **5%** del premio della singola rata. Si rinvia all'articolo 1.7 "Pagamento del premio e perfezionamento del contratto" delle "Condizioni Generali di Assicurazione" per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: la Società o l'Agente, in base a valutazioni tecnico commerciali oppure a seguito di convenzioni specifiche possono applicare sconti sul premio previsto dalla tariffa corrente del prodotto.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il premio è soggetto ad adeguamento annuale. Le somme assicurate ed i massimali non sono soggetti ad alcun adeguamento e/o indicizzazione per tutta la durata contrattuale.

Si rinvia all'articolo 1.13 "Adeguamento del premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: il contratto di assicurazione non è soggetto al diritto di recesso salvo il caso di dichiarazioni inesatte o reticenti. Inoltre, qualora lo stesso preveda la durata poliennale, è facoltà del Contraente di recedere, ad ogni ricorrenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di almeno trenta giorni.

Si rinvia all'articolo 1.15 "Recesso" delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

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

11. Legislazione applicabile

Al contratto sarà applicata la legge italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente. Il premio relativo alle garanzie previste dal contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Per la garanzia "Invalidità Permanente da Malattia"

Avvertenza: ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è quando, secondo parere del medico, ci sia motivo di ritenere che dalla malattia stessa, per le sue caratteristiche e prevedibili conseguenze, possa residuare una invalidità permanente indennizzabile.

L'Assicurato o il Contraente devono denunciare la malattia ad UniSalute oppure all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza entro trenta giorni da tale momento. La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della malattia, da originale o copia conforme delle cartelle cliniche complete ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti. In caso di sinistro l'Assicurato è tenuto a sottoporsi, in Italia, agli accertamenti, visite e controlli medici disposti da UniSalute e a fornire tutta la documentazione sanitaria in originale, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici e gli Istituti di cura. L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo. Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta rimangono a carico dell'Assicurato. L'Invalidità Permanente da Malattia viene determinata in un periodo compreso tra centottanta e cinquecentoquaranta giorni dalla data della denuncia della malattia, in base a giudizio medico sul grado

di stabilizzazione della stessa. Si rinvia agli articoli 4.1.2 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" e 4.1.3 "Determinazione dell'indennizzo" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri" per gli aspetti di dettaglio.

Per la garanzia "Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni causato da una malattia manifestatasi durante l'operatività dello stesso"

Avvertenza: ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è quando, in seguito alle dimissioni da un Istituto di cura per un ricovero dipendente da malattia avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a dieci giorni consecutivi, l'Assicurato abbia necessità di sottoporsi a visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi connessi alla patologia denunciata.

L'Assicurato o chi per esso deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-822469 e specificare la prestazione richiesta e consentire eventuali controlli medici e fornire ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla patologia denunciata. Si rinvia agli articoli 4.2.1 "Criteri di indennizzabilità" e 4.2.2 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri" per gli aspetti di dettaglio.

Per la garanzia "Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni a causa di una malattia manifestatasi durante l'operatività del contratto"

Avvertenza: ai fini della denuncia il momento di insorgenza del sinistro è quando, in seguito alle dimissioni da un Istituto di cura per un ricovero dipendente da malattia avvenuto durante l'operatività del contratto e di durata superiore a dieci giorni consecutivi, venga

certificato dal medico curante che l'Assicurato abbia necessità di un periodo di convalescenza.

L'Assicurato deve inviare ad UniSalute il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica e della documentazione rilasciata dal medico curante.

Si rinvia agli articoli 4.3.1 "Criteri di indennizzabilità" e 4.3.2 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri" per gli aspetti di dettaglio.

Per la garanzia "Sindrome Metabolica"

Avvertenza: L'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800 - 822469 e compilare il questionario disponibile sul sito all'indirizzo www.unisalute.it e successivamente confermare il suo invio. Si rinvia agli articoli 4.4.1 "Criteri di indennizzabilità" e 4.4.2 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri" per gli aspetti di dettaglio.

Per la garanzia "Second opinion"

Avvertenza: L'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute attraverso il numero verde 800 - 822469 e inviare la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico di UniSalute.

Si rinvia agli articoli 4.5.1 "Criteri di indennizzabilità" e 4.5.2 "Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri" per gli aspetti di dettaglio.

Per la garanzia "Assistenza"

Avvertenza: per usufruire delle prestazioni di assistenza, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde 800 - 212477 e specificare la prestazione richiesta e i dati relativi al luogo dell'eventuale intervento.

La Società ha facoltà di richiedere, ai fini liquidativi, ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista. L'Assicu-

rato si obbliga inoltre a fornire, su richiesta della Società, ogni documentazione comprovante il diritto alle prestazioni.

Si rinvia all'art 4.6 "Assistenza" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri" per gli aspetti di dettaglio.

La gestione dei sinistri relativi all'assistenza prestata all'estero è affidata ad IMA Servizi, Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI). Si rinvia all'art. 4.6.2 "Prestazioni all'estero" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri" per gli aspetti di dettaglio.

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: Il contratto prevede la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di cliniche convenzionate con UniSalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni.

Qualora l'Assicurato non si avvalga in tutto o in parte dei centri convenzionati o non contatti la Centrale Operativa di UniSalute le garanzie previste agli artt. 4.2 "Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni causato da una malattia manifestatasi durante l'operatività dello stesso"; 4.4 "Sindrome Metabolica"; 4.5 "Second Opinion" e 4.6 "Assistenza" non potranno essere attivate.

Si rinvia altresì ai siti internet della Società www.unipolsai.com - www.unipolsai.it per l'elenco aggiornato delle cliniche convenzionate.

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società, indirizzandoli a **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami Assistenza Clienti** - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Fax: 02 51815353 - E-mail: reclami@unipolsai.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma, telefono 06 421331. I reclami indirizzati all'IVASS devono contenere:

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

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

- all'IVASS, che lo inoltra al sistema/organo estero di settore competente per la risoluzione delle controversie in via stragiudiziale, dandone notizia al reclamante e comunican-

dogli poi la risposta;

- direttamente al sistema/organo estero competente dello Stato membro o aderente allo SEE (Spazio Economico Europeo) sede dell'impresa assicuratrice stipulante (sistema individuabile tramite il sito <http://www.ec.europa.eu/fin-net>), richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, rete di cooperazione fra organismi nazionali.

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

16. Arbitrato irrituale

Il contratto prevede che la Società e l'Assicurato possano demandare la risoluzione delle controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulle sue conseguenze ad un collegio di tre medici, che risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Si rinvia all'art. 4.8 "Controversie" della Sezione "Norme che regolano la copertura e la liquidazione dei Sinistri" per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto della Società e dell'Assicurato di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

GLOSSARIO

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

- **Anno:** periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.
- **Assicurato:** la persona il cui interesse è protetto dall'assicurazione.
- **Assicurazione:** il contratto mediante il quale la Società, dietro pagamento da parte del Contraente del premio pattuito, si obbliga a mantenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, dalle conseguenze del danno a lui causato da un sinistro.
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'assicurazione.
- **Centrale Operativa/Struttura organizzativa:** è la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza.
- **Documentazione sanitaria:** gli originali della cartella clinica e/o di 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).
- **Fascicolo Informativo:** l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.
- **Franchigia:** la parte del danno che per ogni sinistro rimane a carico dell'Assicurato espressa in importo fisso, in giorni o in percentuale sul grado di invalidità permanente accertato.
- **Indennizzo:** la somma dovuta dalla Società all'Assicurato o ai suoi beneficiari in caso di sinistro.
- **Invalidità Permanente da Malattia:** la perdita definitiva ed irrimediabile, in misura totale o parziale, della capacità fisica dell'Assicurato allo svolgimento di un qualsiasi lavoro, indipendentemente dalla sua professione.
- **Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche oggettivamente constatabili.
- **IVASS:** Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.
- **Malattia:** ogni alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute non dipendente da infortunio.
- **Malattie coesistenti:** le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.
- **Malattie concorrenti:** le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.
- **Malformazione – Difetto fisico:** l'alterazione organica, non evolutiva, congenita o acquisita per malattia o infortunio durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della polizza.

- **Massimale / Somma assicurata:** l'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.
- **Nucleo familiare:** le persone risultanti dallo stato di famiglia del Contraente/Assicurato alla data del sinistro ed indicate in polizza.
- **Periodo assicurativo – annualità assicurativa:** in caso di polizza di durata superiore a trecentosessantacinque giorni, il primo periodo inizia alle ore 24 dalla data di effetto della polizza e termina alle 24 del giorno della prima ricorrenza annuale. I periodi successivi avranno durata di trecentosessantacinque giorni (trecentosessantasei negli anni bisestili) a partire dalla scadenza del periodo che li precede.
- **Polizza:** il documento che prova il contratto di assicurazione.
- **Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo per l'assicurazione.
- **Questionario sanitario:** documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato. Deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la patria potestà, prima di stipulare la polizza. Il questionario sanitario fa parte integrante del contratto ed è sulla base delle dichiarazioni in esso rilasciate che la Società dà il consenso alla copertura assicurativa.
- **Rischio:** la probabilità del verificarsi del sinistro.
- **Sinistro:** il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.
- **Second Opinion:** consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'Assicurato, da una struttura di medici specialisti internazionali.
- **Società:** l'Impresa assicuratrice UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
- **Termine di aspettativa:** il periodo che intercorre tra la decorrenza del contratto e la decorrenza della garanzia assicurativa.
- **UniSalute:** la Compagnia di assicurazione a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei sinistri: "UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO".
- **IMA Servizi:** la Società a cui è affidata la gestione dei sinistri di assistenza all'estero, Piazza Indro Montanelli, 20 - 20099 Sesto San Giovanni (MI).

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

Ed. 01/04/2014

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



UnipolSai
ASSICURAZIONI

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA
00818570012 - R.E.A. 511469 - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol
Gruppo Finanziario S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n.
1.00006 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it

Unipol
GRUPPO

2

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Art. 1.1 - Prova del contratto

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

Art. 1.2 - Dichiarazioni del Contraente/Assicurato

Per consentire alla Società di valutare il rischio occorre compilare in ogni sua voce il questionario sanitario, che descrive lo stato di salute dell'Assicurato e che forma parte integrante della polizza.

Esso deve essere compilato e sottoscritto dall'Assicurato stesso (o, se minore, da chi ne abbia la legale rappresentanza), sia in caso di emissione di un nuovo contratto che di sua sostituzione, e trasmesso alla Società unitamente alla proposta.

Il relativo premio dovrà essere determinato sulla base dell'età compiuta dell'Assicurato al termine del mese di effetto della polizza.

La Società presta la garanzia sulla base delle dichiarazioni rese dall'Assicurato.

Le dichiarazioni inesatte e/o le omissioni, relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché l'annullamento dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 1.3 - Operatività dell'assicurazione

La presente assicurazione è operante solo se lo è anche una delle seguenti forme di assicurazione/polizze abbinate: infortuni o "rimborso spese mediche", senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti, premi che in tal caso la Società mette a disposizione del Contraente.

Art. 1.4 - Aggravamento del rischio

Salvo quanto disposto dall'articolo 3.2 "Per-

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

Art. 1.5 - Variazione delle persone assicurate

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

Art. 1.6 - Altre assicurazioni

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1910 del Codice Civile, il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare per iscritto alla Società l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

L'omissione dolosa delle comunicazioni di cui sopra può consentire alla Società di non corrispondere l'indennizzo.

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

Art. 1.7 - Pagamento del premio e perfezionamento del contratto

L'assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno di effetto del contratto, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; in caso contrario decorre dalle ore 24 del giorno di pagamento del premio, fermo restando quanto previsto al art. 1.8 per quanto riguarda la decorrenza della garanzia.

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Il pagamento del premio può essere effettuato dal Contraente tramite:

- assegni bancari, postali o circolari intestati all'Agenzia nella sua specifica qualità oppure

alla Società;

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

Il pagamento del premio con assegno viene accettato con riserva di verifica e salvo buon fine del titolo.

È fatto salvo, qualora l'assegno non venga pagato, il disposto dell'art. 1901 del Codice Civile.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello di scadenza e riprende vigore alle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile esclusa comunque la copertura di eventuali sinistri verificatisi durante la sospensione assicurativa.

In caso di pagamento del premio dopo i novanta giorni successivi alla scadenza annuale del contratto, decorrono nuovamente i termini di aspettativa previsti all'articolo 1.8 "Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa".

Art. 1.8 - Decorrenza della garanzia e termini di aspettativa

La garanzia vale per l'invalidità permanente conseguente ad una malattia che si sia manifestata dopo novanta giorni dal momento in cui, ai sensi dell'articolo 1.7 "Pagamento del premio e perfezionamento del contratto" decorre l'assicurazione. Analogo termine di aspettativa si intende operante per le garanzie previste agli articoli 4.2 "Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni causato da una malattia manifestatasi durante l'operatività dello stesso" e 4.3 "Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura di durata superiore a dieci giorni a causa di una malattia manife-

statasi durante l'operatività del contratto".

Qualora la presente polizza sia stata emessa in sostituzione - senza soluzione di continuità - di altra polizza emessa dalla Società e riguardante gli stessi assicurati e identica garanzia, il termine di aspettativa di cui sopra opera:

- dal giorno di decorrenza della garanzia di cui alla polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima risultanti;
- dal giorno di decorrenza 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. 1.9 - Durata dell'assicurazione

L'assicurazione cessa:

- a) alla scadenza del periodo prefissato, senza tacito rinnovo;
- b) alla scadenza annuale del premio successiva al compimento del **sessantacinquesimo** anno di età dell'Assicurato.

Art. 1.10 - Estensione territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 1.11 - Imposte, tasse, oneri fiscali e parafiscali

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

Art. 1.12 - Rinvio alle norme di legge

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana. Per tutto quanto non è espressamente regolato in polizza valgono le norme legislative e regolamentari vigenti.

Art. 1.13 - Adeguamento del premio

La polizza prevede l'adeguamento annuo del premio in base all'età dell'Assicurato.

Il premio viene adeguato automaticamente in misura percentuale in funzione dell'età dell'Assicurato nei termini previsti nella tabella

di seguito riportata:

Età dell'Assicurato	
Fino a 25 anni	nessun adeguamento di premio
Da 26 - 64 anni	Adeguamento annuo del premio in misura compresa tra il 7,5% e l'8,5%

L'adeguamento del premio si applica a decorrere dalla scadenza annuale immediatamente

successiva al compimento degli anni dell'Assicurato.

Art. 1.14 - Cumulabilità degli indennizzi

Gli indennizzi dovuti per la presente assicurazione non possono cumularsi, per un medesimo evento, con indennizzi dovuti in base a polizze contro gli infortuni eventualmente in corso per lo stesso Assicurato con la Società.

Art. 1.15 - Recesso

Il contratto di assicurazione non è soggetto al diritto di recesso salvo il caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Inoltre, qualora lo stesso preveda la durata poliennale, è facoltà del Contraente di recedere, ad ogni scadenza annuale, mediante invio di lettera raccomandata con preavviso di almeno trenta giorni.

Art. 2.1 - Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione vale:

- per il caso di Invalidità Permanente che sia conseguenza diretta ed esclusiva di una malattia manifestatasi dopo novanta giorni dalla data di effetto del contratto e comunque non oltre la sua scadenza. Ogni patologia invalidante viene pertanto valutata singolarmente in caso di malattie coesistenti. In caso di malattie concorrenti viene valutata una invalidità complessiva;
- nei casi in cui l'Assicurato decida di sottoporsi a visite specialistiche, accertamenti diagnostici o trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero per malattia, avvenuto durante l'operatività del contratto, di durata superiore ai dieci giorni consecutivi;
- per la corresponsione di una indennità di convalescenza a seguito di ricovero per malattia, avvenuto durante l'operatività del contratto, di durata superiore ai dieci giorni consecutivi;
- con finalità di prevenzione, qualora l'Assicurato si attivi, nelle modalità contrattualmente stabilite, intraprendendo un percorso di monitoraggio della Sindrome Metabolica con l'ausilio delle apposite strutture mediche messe a disposizione da UniSalute;
- per il caso in cui l'Assicurato richieda ad UniSalute una verifica circa il responso ottenuto da sanitari curanti relativamente ad una diagnosi o ad un'impostazione terapeutica rientrante nell'elenco definito all'articolo 4.5 "Second Opinion";
- per il caso di assistenza.

Art. 3.1 - Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione gli eventi dovuti a:

- a) malattie, malformazioni e stati patologici manifestatisi anteriormente alla stipulazione del contratto, non dichiarati dall'Assicurato alla Società;
- b) malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- c) intossicazioni conseguenti ad abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché ad uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni;
- d) positività H.I.V. ed AIDS e sindrome ad esse correlate;
- e) trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche;
- f) conseguenze di azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volontariamente attuate o consentite contro la sua persona.

Si intendono invece compresi quelli sofferti in conseguenza di imprudenza o negligenza anche grave dell'Assicurato, del Contraente o di eventuali beneficiari dell'indennizzo;

- g) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), salvo che il danno alla salute derivi dall'esposizione a radiazioni per fini terapeutici o per l'espletamento di attività professionali in campo sanitario che comportino l'impiego di raggi x e/o di isotopi radioattivi;
- h) conseguenze di guerre, insurrezioni, movi-

menti tellurici, alluvioni, maremoti, eruzioni vulcaniche, intendendosi, invece, comprese quelle sofferte a seguito di tumulti popolari ai quali l'Assicurato non abbia preso parte;

- i) malattie professionali soggette all'assicurazione di legge ed elencate nel D.P.R. 30.6.1965 n.1124 e successive modifiche.

Sono inoltre escluse dall'assicurazione le invalidità permanenti preesistenti alla data di decorrenza del presente contratto.

Per le maggiori somme e le diverse persone assicurate conseguenti a variazioni intervenute successivamente alla stipulazione dell'assicurazione, le disposizioni previste alla precedente lettera a) operano dalle ore 24 del giorno di pagamento della variazione anziché dalle ore 24 del giorno di stipulazione dell'assicurazione.

Art. 3.2 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi organiche cerebrali. Si conviene che la sopravvenienza di tali dipendenze o malattie durante la validità del contratto costituisca causa di automatica cessazione dell'assicurazione alla prima scadenza annuale successiva al loro manifestarsi.

Art. 3.3 - Limiti di età

La presente assicurazione può essere stipulata e/o rinnovata solo fino al compimento del **sessantacinquesimo** anno di età dell'Assicurato.

Art. 4.1 Invalidità Permanente a seguito di malattia

Art. 4.1.1 - Criteri di indennizzabilità

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola malattia denunciata.

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, oltre a quanto disposto dal precedente articolo 3.1 "Rischi esclusi", è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative **coesistenti**.

Nel corso dell'assicurazione, le invalidità permanenti da malattia già indennizzate non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro **concorrenza** con nuove malattie.

Pertanto, nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata indennizzata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Se invece la precedente malattia ha determinato una invalidità non indennizzata perché l'invalidità da essa residua è stata ritenuta inferiore alla franchigia, nel caso gli esiti della nuova malattia **concorrano** con quelli precedentemente accertati, la valutazione andrà effettuata considerando anche il maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

Art. 4.1.2 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

L'Assicurato deve denunciare ogni singola malattia che, secondo il parere medico, possa provocare una invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza.

La denuncia deve essere fatta per iscritto a UniSalute o all'Agenzia alla quale è stata assegnata la polizza, entro trenta giorni dal

sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

La denuncia di sinistro deve essere corredata da certificato medico attestante la natura, il decorso e le presumibili conseguenze della malattia, da originale o copia conforme delle cartelle cliniche complete ed ogni altro documento atto a contribuire alla valutazione dei postumi invalidanti.

L'inadempimento degli obblighi sopra indicati può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Le spese relative ai certificati medici e ad ogni altra documentazione medica richiesta rimangono a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato deve sottoporsi in Italia agli accertamenti e controlli medici disposti da UniSalute, fornire alla stessa ogni informazione e produrre originale o copia conforme delle cartelle cliniche complete e di ogni altra documentazione sanitaria utile per la liquidazione del sinistro, a tal fine sciogliendo qualsiasi medico dal segreto professionale.

Qualora, in occasione del sinistro, emergessero elementi sullo stato di salute dell'Assicurato rilevanti ai sensi ed agli effetti dell'articolo 4.1.1 "Criteri di indennizzabilità", UniSalute ha la facoltà di richiedere la documentazione sanitaria ad essi pertinente.

Art. 4.1.3 - Determinazione dell'indennizzo

L'Invalidità Permanente viene accertata da UniSalute dopo che la stessa si è stabilizzata in un periodo compreso fra i centottanta e cinquecentoquaranta giorni dalla data di denuncia della malattia.

La percentuale di Invalidità Permanente viene determinata ai sensi di quanto esposto al punto 5. "Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia" dove sono specificati, per ogni sistema organofunzionale:

- i criteri di valutazione;
- le condizioni che determinano una percentuale di Invalidità Permanente inferiore al 25%;
- le condizioni che determinano una percentuale di Invalidità Permanente superiore al 74%.

Nel caso di Invalidità Permanente non specificata alla sezione "Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia", la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita capacità fisica dell'Assicurato ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla professione esercitata.

UniSalute liquida un indennizzo, calcolato sulla somma assicurata indicata nella Scheda di polizza, secondo lo schema seguente, fermo restando che nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado pari o inferiore al 25%.

TABELLA 1

Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata	Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
Fino al 25%	0%	51%	52%
26%	2%	52%	54%
27%	4%	53%	56%
28%	6%	54%	58%
29%	8%	55%	60%
30%	10%	56%	62%
31%	12%	57%	64%
32%	14%	58%	66%
33%	16%	59%	68%
34%	18%	60%	70%
35%	20%	61%	72%
36%	22%	62%	74%
37%	24%	63%	76%
38%	26%	64%	78%
39%	28%	65%	80%
40%	30%	66%	82%
41%	32%	67%	84%
42%	34%	68%	86%
43%	36%	69%	88%
44%	38%	70%	90%
45%	40%	71%	92%
46%	42%	72%	94%
47%	44%	73%	96%
48%	46%	74%	98%
49%	48%	75% ed oltre	100%
50%	50%		

Questi parametri di valutazione non trovano applicazione qualora sia riportato nella Scheda di polizza il riferimento alla sottostante tabella 2.

TABELLA 2

Gradi di invalidità permanente accertati	Percentuale da liquidare sulla somma assicurata
Fino al 60%	0%
superiore al 60%	100%

Qualora, a giudizio del consulente medico di UniSalute e del medico dell'Assicurato, un adeguato trattamento terapeutico possa modificare positivamente il decorso della malattia denunciata e l'Assicurato non intenda sottoporvisi, la valutazione del danno viene effettuata sulla base dei postumi di Invalidità Permanente che residuerebbero se l'Assicurato stesso si sottoponesse a detto trattamento, senza riguardo al maggior pregiudizio.

Art. 4.1.4 - Pagamento dell'indennizzo

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione, accertata la stabilizzazione dell'invalidità e il grado della stessa, valutato l'indennizzo, la Società provvede al pagamento all'Assicurato o ai suoi eredi legittimi o testamentari, entro sessanta giorni.

Art. 4.2 - Visite Specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni causato da una malattia manifestatasi durante l'operatività dello stesso

Art. 4.2.1 - Criteri di indennizzabilità

A seguito di un ricovero con pernottamento avvenuto durante l'operatività del contratto presso un Istituto di cura di durata superiore a dieci giorni consecutivi causato da una malattia, UniSalute provvede, di comune accor-

do con l'Assicurato, alla stesura di un piano di cura che preveda l'effettuazione di visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi finalizzati alla cura della patologia che ha comportato il ricovero e alla successiva riabilitazione.

Il ricovero dovrà essere riconducibile ad una malattia manifestatasi durante l'operatività del contratto.

Qualora lo decida, per effettuare tali prestazioni l'Assicurato deve avvalersi dell'utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute.

Le spese sostenute vengono liquidate direttamente ed integralmente da UniSalute alla struttura sanitaria convenzionata, senza applicazione di scoperti o di franchigie a carico dell'Assicurato.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a 1.500 euro.

La garanzia opererà per un periodo di trentosessantacinque giorni successivi alla data di dimissione e comunque non oltre la scadenza della polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di utilizzare strutture sanitarie non convenzionate con UniSalute la presente garanzia non potrà essere attivata.

Art. 4.2.2 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Per attivare la presente garanzia, l'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute al numero verde gratuito 800-822469 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 39 0516389046) producendo il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a sua disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il piano sanitario.

Riscontrata la necessità di effettuare visite specialistiche, accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e/o riabilitativi

connessi al ricovero denunciato e finalizzati alla cura della patologia che ha comportato il ricovero stesso, UniSalute provvede alla liquidazione delle spese purchè le prestazioni sanitarie siano effettuate presso strutture sanitarie convenzionate con la stessa.

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

L'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti. UniSalute provvederà a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate. A tal fine l'Assicurato delega UniSalute a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

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

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'Assicurato non verranno rimborsate.

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

Art. 4.3 Indennità di convalescenza a seguito di ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni a causa di una malattia manifestatasi durante l'operatività del contratto

Art. 4.3.1 - Criteri di indennizzabilità

Qualora, a seguito di un ricovero con pernottamento presso un Istituto di cura, avvenuto durante l'operatività del contratto, di durata superiore a dieci giorni consecutivi causato da una malattia, il medico curante prescrive all'Assicurato, al momento della dimissione, un periodo di convalescenza, questi ha diritto a un'indennità giornaliera di €. 50,00 per un periodo pari a quello di durata del ricovero con il massimo di trenta giorni per anno assicurativo.

Il ricovero dovrà essere riconducibile ad una malattia manifestatasi durante l'operatività del contratto.

Art. 4.3.2 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

L'Assicurato dovrà inviare ad UniSalute oppure all'Agenzia il modulo di denuncia del sinistro corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale e della documentazione rilasciata dal medico curante da cui risulti la necessità di un periodo di convalescenza successivamente alle dimissioni.

Art. 4.4 Sindrome Metabolica

Art. 4.4.1 - Criteri di indennizzabilità

Ai fini di prevenzione, al fine di appurare l'eventuale sussistenza della Sindrome Metabolica e degli specifici fattori di rischio, correlati spesso allo stile di vita della persona o a situazioni patologiche preesistenti, tali da determinare una situazione clinica ad alto rischio cardiovascolare, l'Assicurato potrà effettuare, in un'unica soluzione e una sola volta all'anno, le prestazioni di prevenzione di seguito elencate, all'interno di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, previa prenotazione presso la Centrale Operativa:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

A seguito delle informazioni fornite attraverso la compilazione e l'invio, da parte dell'Assicurato, dello specifico questionario

messo a sua disposizione sul sito www.unisalute.it, UniSalute provvederà:

- nel caso in cui risulti che l'Assicurato non si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica, a comunicare semplicemente l'esito della verifica tramite e-mail;
- nel caso in cui risulti che l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata" determinata sulla base dei criteri definiti al punto 6 "Parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica", a comunicargli l'esito delle valutazioni tramite e-mail ed a mettergli a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. In tal caso all'Assicurato verranno fornite alcune indicazioni utili a consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione, ecc.; l'Assicurato potrà inoltre autorizzare UniSalute a contattarlo (via e-mail e/o sms) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, UniSalute provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture sanitarie convenzionate con UniSalute indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Al fine di incentivare l'Assicurato ad effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri. La presente garanzia verrà prestata per due anni, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UniSalute;

- nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata", determinata sulla base dei criteri definiti al punto 6 "Parametri di riferimento per la valutazione della Sindrome Metabolica", un

medico di UniSalute comunicherà all'Assicurato che si trova già in una situazione di Sindrome Metabolica, e lo inviterà a contattare immediatamente lo specialista più idoneo al trattamento del caso.

Art. 4.4.2 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare lo specifico questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it, registrandosi all' "Area Clienti" e confermare il suo invio ad UniSalute.

UniSalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro due giorni comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite e-mail mettendo a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Art. 4.5 Second Opinion

Art. 4.5.1 - Criteri di indennizzabilità

UniSalute mette a disposizione dell'Assicurato i seguenti servizi:

1. Consulenza Interna. UniSalute, attraverso Best Doctors®, fornisce un servizio che rilascia un referto scritto, sulla base dell'analisi dei referti medici dell'Assicurato, dell'esame da parte dei medici associati a Best Doctors® dei principali risultati diagnostici presentati e dell'analisi e i consigli di un medico specialista le cui caratteristiche risultano essere appropriate al caso. La relazione scritta includerà un sunto delle informazioni riguardanti il medico interpellato sul caso, comprendente la specializzazione, la formazione e l'esperienza maturata.
2. Trova Il Miglior Medico. UniSalute, attraverso Best Doctors®, fornisce un servizio che metterà in contatto l'Assicurato con un massimo di tre specialisti scelti tra i migliori nel trattamento di quella particolare malattia. 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.

3. Trova la Miglior Cura. UniSalute, attraverso Best Doctors®, prende tutti gli appuntamenti e gli accordi per l'accettazione, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza, e fornisce un servizio clienti 24 ore su 24 per i pazienti. Amministrativamente, Best Doctors® supervisiona il pagamento delle richieste mediche di risarcimento, incluso garantire che la fatturazione sia corretta 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 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

Art. 4.5.2 - Obblighi dell'Assicurato in caso di sinistro

Qualora l'Assicurato avverta l'esigenza di sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, all'autorevole verifica da parte dei migliori esperti delle diverse discipline specialistiche, dovrà contattare 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, il cliente dovrà inviare alla Compagnia 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 del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

Art. 4.6 Assistenza

Telefonando al numero verde della Centrale Operativa di UniSalute, attivo per tutto l'arco delle 24 ore, vengono prestati i seguenti servizi di consulenza e di assistenza.

Art. 4.6.1 - Prestazioni in Italia

- Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio d'informazione sanitaria, in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
- preparazione propedeutica ad esami diagnostici;
- profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero.

- Consulenza medica telefonica

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una valutazione del proprio stato di salute, potrà contattare i medici della Centrale Operativa e chiedere un consulto telefonico.

- Invio di un medico

Nel caso in cui, in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, la Centrale Operativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire perso-

nalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

- Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 chilometri.

- Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a dieci giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere ad un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato. Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

- Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, sia affetto da patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà ad 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 sottoelencati:

- aereo sanitario;

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa. La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

- Trasmissione messaggi urgenti

Qualora l'Assicurato, in seguito ad infortunio o malattia improvvisa, abbia necessità di comunicare con un proprio familiare in Italia e sia impossibilitato a farlo, la Centrale Operativa effettua sei telefonate nell'arco delle 24 ore successive per comunicare il messaggio alla persona da lui indicata. Analogamente, il servizio può essere utilizzato per trasmettere messaggi indirizzati all'Assicurato.

ASSISTENZA A SEGUITO DI RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A CAUSA DI MALATTIA MANIFESTATASI DURANTE L'OPERATIVITA' DEL CONTRATTO DI DURATA SUPERIORE A DIECI GIORNI

A seguito di un ricovero in Istituto di cura avvenuto durante l'operatività del contratto a causa di una malattia manifestatasi anch'essa durante l'operatività del contratto di durata superiore a dieci giorni consecutivi la Società offre i seguenti servizi di assistenza:

- Invio Collaboratrice domestica

UniSalute provvederà ad inviare un/una collaboratore/collaboratrice domestica, assumendone l'onorario **fino ad un massimo di 6 ore la settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 4 settimane.**

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno tre giorni prima della data in cui l'Assicurato intende avvalersi della stessa.

- Invio babysitter

UniSalute provvederà ad inviare un/una baby sitter, assumendone l'onorario **fino ad un massimo di 6 ore la settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 4 settimane.**

La prestazione verrà fornita unicamente qualora vi sia nel nucleo familiare un minore di anni 15 e in assenza di un familiare convivente maggiorenne.

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno tre giorni prima della data in cui l'Assicurato intende avvalersi della stessa.

- Invio badante

UniSalute provvederà ad inviare un/una badante, assumendone l'onorario **fino ad un massimo di 6 ore la settimana, da utilizzarsi consecutivamente, per un massimo di 4 settimane.**

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno tre giorni prima della data in cui l'Assicurato intende avvalersi della stessa.

- Invio Psicologo

UniSalute provvederà ad inviare una/uno psicologo convenzionato, specializzato nella gestione delle emergenze psicologiche, che deciderà se ricorrono le condizioni per l'attuazione di un trattamento psicoterapico finalizzato alla cura del trauma psichico subito.

Inoltre, nel caso di decesso dell'Assicurato, la Centrale Operativa metterà a disposizione il trattamento di cui sopra per i familiari residenti con l'Assicurato al momento dell'evento, al fine della cura dei disturbi psicologici e/o psichiatrici seguenti il lutto e ad esso ascrivibili.

UniSalute terrà a proprio carico le spese relative fino alla completa guarigione del disturbo e, comunque, non oltre i tre mesi dalla data di dimissione dal ricovero.

- Invio di un infermiere a domicilio

UniSalute provvederà ad inviare un/una infer-

miera, assumendone l'onorario **fino ad un massimo di 1 ora al giorno per quattordici giorni.**

Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno tre giorni prima della data in cui l'Assicurato intende avvalersi della stessa.

Art. 4.6.2 - Prestazioni all'estero

In collaborazione con IMA Servizi, telefonando al numero della Centrale Operativa, attivo per tutto l'arco delle 24 ore, vengono prestati i seguenti servizi:

- Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a dieci giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della Sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite massimo di Euro 150,00 per ogni sinistro.

- Invio di medicinali urgenti all'estero

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

- Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua resi-

denza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sottoelencati:

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

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

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

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

UniSalute offre i servizi di consulenza, di assistenza e di emergenza indicati in polizza telefonando ai numeri della Centrale Operativa, attiva per tutto l'arco delle 24 ore, indicati di seguito:

Prestazioni in Italia

Per chi chiama dall'Italia:

800-212477 (numero verde);

per chi chiama dall'Estero:

comporre il numero + 39 051 6389048.

Prestazioni dall'Estero

Per chi chiama dall'Italia: **051 4161781;**

per chi chiama dall'Estero:

comporre il numero + 39 051 4161781.

Art. 4.7 - Rinuncia all'azione di rivalsa

La Società rinuncia ad ogni azione di rivalsa per

le somme pagate, lasciando così integri i diritti dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto contro i responsabili della malattia.

Art. 4.8 - Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro o sull'entità dell'invalidità, 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 contrario, 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 spe-

se 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 rifiuta 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.

In relazione a quanto previsto nell'articolo 4.1.3 – Determinazione dell'indennizzo -, i criteri ed i parametri per la liquidazione dell'indennizzo sono quelli di seguito elencati:

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

I postumi delle malattie che colpiscono il cervello, il cervelletto ed il midollo spinale quali ad esempio le encefaliti, le meningiti, la sclerosi a placche, il Parkinson, l'epilessia, l'ictus cerebrale, i tumori ecc., verranno valutati in

base ai seguenti criteri di valutazione:

- disturbi del linguaggio;
- disturbi delle funzioni cerebrali complesse integrate, realizzanti la sindrome cerebrale organica;
- disturbi della coscienza;
- disturbi episodici (in particolare: sincopi, convulsioni e crisi epilettiche);
- disturbi della statica e della marcia;
- disturbi neurologici vescicali, rettali, sessuali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- il soggetto comprende l'eloquio, ma non può produrre un linguaggio appropriato;
- il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari;
- disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza;
- disturbi episodici riferibili a sincopi, crisi epilettiche, convulsioni;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti;
- presenza di attività vescicale e rettale riflessa, con marcata riduzione del controllo volontario.

Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare;
- il soggetto non può prendere cura di sé stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere;
- disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente;
- episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno;
- il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare;
- alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

I postumi delle malattie che colpiscono il cuore, le arterie e le vene quali ad esempio l'angina pectoris, l'infarto, le pericarditi, le cardiomiopatie, gli aneurismi, le trombosi, le tromboflebiti, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- Classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart (NYHA):
classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;
classe 2: l'attività fisica abituale provoca

affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

classe 3: a riposo i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;

classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi;

- Pressione arteriosa;
- Efficacia della terapia medica e chirurgica;
- Criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%

I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabile da adeguata terapia;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di angioplastica o di bypass coronarico;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso;
- soggetto con persistenti aritmie non correggibile terapeuticamente, ma che riesce comunque a condurre una vita attiva.

Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%

I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:

- soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente, e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva;
- soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.

APPARATO RESPIRATORIO

I postumi delle malattie che colpiscono la laringe, i bronchi, i polmoni, la pleura ed il mediastino quali ad esempio le bronchiti croniche, l'asma bronchiale, l'enfisema polmonare, l'edema polmonare, l'infarto polmonare, le pleuriti, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC,

FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;

- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di uno soltanto o di nessuno dei tre parametri spirometrici indicati:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ FVC inferiore al 70% del valore teorico CECA;▪ FVC 1 inferiore al 70% del valore teorico CECA;▪ FVC 1/FVC inferiore al 60% del valore teorico CECA <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none">▪ PaO₂ superiore all'80% del valore teorico.	<p>I postumi della malattia comportano una alterazione, nella misura prevista, di almeno due dei tre parametri spirometrici indicati:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ FVC inferiore al 50% del valore teorico CECA;▪ FVC 1 inferiore al 50% del valore teorico CECA;▪ FVC 1/FVC inferiore al 40% del valore teorico CECA <p>oppure</p> <ul style="list-style-type: none">▪ PaO₂ inferiore al 65% del valore teorico.

APPARATO DIGERENTE

I postumi delle malattie che colpiscono l'esofago, lo stomaco, l'intestino, il fegato ed il pancreas quali ad esempio le esofagiti, le malattie ulcerose, il morbo di Crohn, le epatiti e le pancreatiti acute e croniche, i tumori ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con esami radiologici e/o endoscopici e/o laboratoristici;
- variazione del peso corporeo in riferimento a quello teorico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS</p> <p>I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche</p> <p>e</p> <p>la perdita di peso determinata dalla malattia non supera il 10% del valore teorico</p> <p>e</p> <p>nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.</p>	<p>ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS</p> <p>I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica nè dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali</p> <p>e</p> <p>la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.</p>
<p>COLON, SIGMA E RETTO</p> <p>I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo (tre scariche diarroiche dia)</p> <p>e</p> <p>il trattamento prevede restrizioni alimentari ed una terapia farmacologica solo sintomatica.</p>	<p>COLON, SIGMA E RETTO</p> <p>I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica</p> <p>e</p> <p>la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.</p>
<p>FEGATO</p> <p>I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica</p> <p>e</p> <p>non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica</p> <p>e</p> <p>i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.</p>	<p>FEGATO</p> <p>Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica</p> <p>e</p> <p>sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie di ascite o di sanguinamento da varici dal tubo digerente o di encefalopatia epatica</p> <p>e</p> <p>lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.</p>

APPARATO URINARIO

I postumi delle malattie che colpiscono i reni, gli ureteri, la vescica e l'uretra, quali ad esempio le nefriti, le pielonefriti, la calcolosi renale, l'insufficienza renale, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- determinazione della clearance della crea-

tinina (valori corretti in base alla superficie corporea);

- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
Clearance creatinina superiore a 50 ml/min. oppure Clearance creatinina inferiore a 60 ml/min. con ipertensione lieve (valori diastolici pari o inferiori a 100 mmHg), senza adeguata terapia oppure sindrome nefrosica parzialmente controllata dalla terapia, con valore di proteinuria persistente inferiore a 2,5 gr/die.	Clearance creatinina inferiore a 20 ml/min. oppure Clearance creatinina inferiore a 30 ml/min. con ipertensione grave (valori diastolici superiori a 115 mmHg), non controllabile da adeguata terapia oppure sindrome nefrosica grave, persistente e non controllabile da adeguata terapia, con valore di proteinuria persistente superiore a 8 gr/die.

SISTEMA ENDOCRINO

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroidi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc., verranno va-

lutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico e chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
La malattia è controllata in modo soddisfacente con adeguata terapia in base ad esami di laboratorio oppure diabete insulino-dipendente controllabile in modo soddisfacente dal trattamento terapeutico e dalla dieta, e non sono accertate lesioni d'organo diabete dipendenti.	La malattia non è assolutamente controllabile con adeguata terapia e non è suscettibile di trattamento chirurgico oppure la malattia di per sé controllabile con la terapia, ha però determinato lesioni di altri organi di entità tale da superare, secondo i criteri previsti da questa tabella, una invalidità superiore al 74%.

SISTEMA EMATOPOIETICO E LINFATICO

I postumi delle malattie che colpiscono il midollo osseo, la milza e le ghiandole linfatiche, quali ad esempio le anemie, le leucemie, i tumori in genere, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- efficacia del trattamento terapeutico medico chirurgico;
- postumi anatomici e funzionali accertati con indagini laboratoristiche e strumentali non invasive;
- criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>Anemia cronica con valori di emoglobinemia non inferiore a gr. 10/100 ml., non necessita di emotrasfusioni</p> <p>oppure</p> <p>sintomatologia assente o controllabile con adeguata terapia</p> <p>oppure</p> <p>leucemia linfatica cronica in 1° stadio</p> <p>oppure</p> <p>leucemia mieloide cronica controllabile con adeguata terapia e senza compromissione dello stato generale.</p>	<p>Anemia cronica con valori di emoglobinemia inferiori a gr. 10/100 ml., con necessità di emotrasfusioni periodiche (2-3 unità ogni 4-6 settimane)</p> <p>oppure</p> <p>presenza di sintomatologia importante non controllabile in alcun modo da adeguata terapia continuativa</p> <p>oppure</p> <p>leucemia acuta o riacutizzata non più controllabile da adeguata terapia continuativa.</p>

MALATTIE NEOPLASTICHE

I postumi di tutte le forme tumorali maligne o benigne con comportamento biologico aggressivo, che colpiscano qualsiasi organo, apparato o sistema, verranno valutati in base ai seguenti criteri di valutazione:

- gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
 - la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.
- A. Se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o

chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'invalidità permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati.

- B. Se la malattia neoplastica comporta al momento della valutazione una prognosi a breve termine sfavorevole per la vita, o perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà riconosciuta una invalidità superiore al 74% indipendentemente dalle alterazioni funzionali obiettivabili.

Sindrome Metabolica “non conclamata”

Con l'espressione Sindrome Metabolica “non conclamata” si intende la condizione clinica di persone/assicurate che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi/parametri moderatamente alterati, come indicato di seguito:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri (kg/m²) inferiore a 30;
- Pressione arteriosa tra 130 e 139,99 mmHg (massima) e tra 80 e 89,99 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno tra 110 e 125,99 mg/dl;
- Colesterolemia totale tra 200 e 239,99 mg/dl;
- Colesterolo HDL tra 35 e 39,99 mg/dl per l'uomo e tra 40 e 49,99 mg/dl per le donne;
- Trigliceridi tra 150 mg/dl e 199,99 mg/dl.

Sindrome Metabolica “conclamata”

Con l'espressione Sindrome Metabolica “conclamata” si intende la condizione clinica di persone/assicurate che presentino contemporaneamente almeno tre dei seguenti sintomi:

- Girovita, misurato all'altezza dell'ombelico, superiore a 102 cm per l'uomo e a 88 cm per la donna, in presenza di Indice di massa corporea calcolato dividendo il peso in chilogrammi per il quadrato dell'altezza in metri (kg/m²) superiore o uguale a 30;
- Pressione arteriosa superiore o uguale a 140 mmHg (massima) e 90 mmHg (minima);
- Glicemia a digiuno superiore o uguale a 126 mg/dl;
- Colesterolemia totale superiore o uguale a 240 mg/dl;
- Colesterolo HDL inferiore a 35 mg/dl per l'uomo e 40 mg/dl per le donne;
- Trigliceridi superiori o uguali a 200 mg/dl.

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

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

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

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

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

L'assicuratore decade (2964 s.s.) dal diritto di impugnare il contratto se, entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, non dichiara al Contraente di voler esercitare l'impugnazione. L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

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

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 (1892, 1894).

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

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 articoli 1892 e 1893.

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 (c. 1892, 1926).

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 dall'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 risolto di diritto (1453) 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 se-

paratamente 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, 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.

3

INFORMATIVA PRIVACY

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

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

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

Quali dati raccogliamo

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

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

Perché Le chiediamo i dati

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti⁽⁴⁾, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche

e tariffarie; ove necessario potranno essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁵⁾ e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

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

Poiché fra i Suoi dati personali ve ne sono alcuni di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) potremo trattarli soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

Come trattiamo i Suoi dati

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

Quali sono i Suoi diritti

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione.

Titolari del trattamento dei Suoi dati sono UnipolSai Assicurazioni S.p.A. (www.unipolsai.it) e Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it), entrambe con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna⁽⁸⁾.

Per l'esercizio dei suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali sono comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessa-

ti”, presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, privacy@unipolsai.it. Inoltre, collegandosi al sito www.unipolsai.it nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all’invio di comunicazioni di informazione e promozione commerciale sui prodotti o servizi di UnipolSai Assicurazioni S.p.A. e delle altre società del Gruppo Unipol.

– NOTE –

- 1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i c.d. dati giudiziari relativi a sentenze o indagini penali.
- 3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d’Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all’Amministrazione finanziaria, nonché gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché di segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all’UIF presso Banca d’Italia, ecc.
- 4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l’adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l’esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l’individuazione, di

concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l’esercizio e la difesa di diritti dell’assicuratore; per l’adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l’analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

- 5) Gruppo Assicurativo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi per conto delle altre società del Gruppo. Le società facenti parte del Gruppo Unipol sono visibili sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. (www.unipol.it).
- 6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all’estero (ove richiesto) verso Paesi dell’Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. “catena assicurativa” come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, autofficine, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l’adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni (l’elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).
- 7) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.
- 8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.



UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via Stalingrado, 45 - 40128 Bologna (Italia) - tel. +39 051 5077111 - fax +39 051 375349
Capitale Sociale i.v. Euro 1.977.533.765,65 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. e P.IVA 00818570012 - R.E.A. 511469
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A.,
iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00006 e facente parte
del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046

www.unipolsai.com - www.unipolsai.it