


orizzonte SALUTE Nuova Edizione

Assicurazione Sanitaria

In allegato i seguenti documenti:

- 
- **SET INFORMATIVO** comprensivo di:
 - DIP Danni (Documento Informativo precontrattuale danni)
 - DIP aggiuntivo Danni
 - Condizioni di Assicurazione comprensive dei Glossario redatte in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti
 - **MODULO DI RICHIESTA INDENNIZZO**
 - **INFORMATIVA PRIVACY**

Arca Assicurazioni S.p.A.

Sede Legale: via del Fante, 21 - 37122 Verona - arcaassicurazioni@pec.unipol.it - tel. +39 0458192111 - fax +39 0458192630
Capitale sociale i.v. Euro 50.762.146,72 - Registro delle Imprese di Verona, C.F. 02655770234 - P.IVA 03740811207 - R.E.A. 253375 - Società autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provv. ISVAP 11/09/96 N. 330, G.U. 18/09/96 - Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00123
soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046

www.arcassicura.it

Documento Informativo Precontrattuale per i prodotti di assicurazione danni - DIP Danni

Compagnia: Arca Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: orizzonte SALUTE Nuova Edizione

Arca Assicurazioni S.p.A. - C.F. 02655770234 e P. IVA 03740811207 - Società iscritta in Italia alla Sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00123 e autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con provvedimento ISVAP 11/09/96 N. 330, G.U. 18/09/96. Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol S.p.A., facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046.

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

Che tipo di assicurazione è?

Questa polizza assicura in caso di infortunio o malattia, che necessiti o meno di ricovero, garantendo le spese delle prestazioni mediche fornite sia in regime di assistenza diretta (presso le strutture sanitarie convenzionate con UniSalute) sia in regime di assistenza indiretta (presso strutture sanitarie private o pubbliche del SSN). Sono previste delle coperture per gli stati di non autosufficienza. Con questa polizza è possibile assicurare fino a 5 persone.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in un istituto di cura: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in Istituto di cura.
- ✓ Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia per prestazioni sanitarie.
- ✓ Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni: garantisce all'assicurato il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza.

La Compagnia, in collaborazione con UniSalute, mette a disposizione dell'assicurato una rete convenzionata di strutture sanitarie in cui usufruire delle prestazioni sanitarie necessarie.

L'assicurato può liberamente scegliere anche di utilizzare una struttura sanitaria non appartenente alla rete convenzionata (strutture private o SSN).

La Compagnia presta le garanzie fino all'importo massimo stabilito in polizza (c.d. massimale / somma assicurata).



Che cosa NON è assicurato?

- X Non sono assicurabili le persone fisiche oltre il 70esimo anno di età.
- X Non sono assicurate le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.



Ci sono limiti di copertura?

Le garanzie di cui sotto sono prestate con l'applicazione di franchigia (costo del sinistro, in cifra fissa, che rimane a carico del contraente) e limiti o sottolimiti. Sono inoltre presenti delle esclusioni (situazioni non comprese nella garanzia) quali, a titolo di esempio:

- ! Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in un istituto di cura e Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero e Sezione 4 Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni:

- Non sono assicurate le conseguenze di infortuni o malattia che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi prima della stipulazione della polizza;

- Non sono assicurate le prestazioni mediche con finalità estetiche (chirurgia plastica).



Dove vale la copertura?

- ✓ La polizza vale per il mondo intero.



Che obblighi ho?

- Le dichiarazioni rese alla Compagnia ai fini della valutazione del rischio da assicurare, devono essere necessariamente esatte e complete.
- Nel corso del contratto, devi comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento o una diminuzione del rischio assicurato.
- L'assicurato ha l'obbligo di fare quanto gli è possibile per evitare o diminuire il danno nonché conservarne i residui per il corretto espletamento della perizia.
- Nel caso di prestazioni richieste ad UniSalute utilizzando la Rete Convenzionata, l'assicurato deve preventivamente prenotare la prestazione o il Ricovero presso una struttura della rete convenzionata tramite i servizi on line (sito www.arcassicura.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa UniSalute.
- All'atto della prestazione l'assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.
- Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'assicurato, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare direttamente a UniSalute la documentazione e deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.
- 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.



Quando e come devo pagare?

Il premio dovuto per la polizza è annuale. Il pagamento del premio può avvenire, secondo i casi, tramite addebito diretto in conto corrente e/o con ulteriori mezzi di pagamenti messi a disposizione dall'intermediario di riferimento.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La polizza è annuale e può essere stipulata con o senza tacito rinnovo. La copertura comincia dalle ore 24 del giorno indicato sul contratto quale data di decorrenza, a condizione che il premio sia stato pagato; diversamente, ha effetto dalle ore 24 del giorno in cui il pagamento del premio è andato a buon fine. Qualora il contratto sia stipulato con tacito rinnovo, la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore anno, fino a quando non ne verrà data disdetta. Qualora il contratto sia stipulato senza tacito rinnovo, la copertura cessa

alle ore 24 del giorno di scadenza indicato nel contratto.



Come posso disdire la polizza?

Se il contratto è stato stipulato con tacito rinnovo, la disdetta deve essere inviata alla Compagnia, tramite lettera raccomandata all'indirizzo Arca Assicurazioni, via del Fante, 21 - 37122 Verona alla Compagnia e/o PEC all'indirizzo arcaassicurazioni@pec.unipol.it, almeno 60 giorni prima della scadenza del contratto.

Assicurazione Sanitaria

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


ARCA ASSICURAZIONI

Prodotto: orizzonte SALUTE Nuova Edizione
18 Giugno 2026 - ultima edizione disponibile

Scopo

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

SOCIETÀ - Arca Assicurazioni S.p.A. ha sede legale in via Del Fante n. 21 - 37122 Verona; tel. 045/8192111; sito internet: www.arcassicura.it; e-mail: informa@arcassicura.it; pec: arcaassicurazioni@pec.unipol.it. Fa parte del Gruppo Assicurativo Unipol ed è iscritta all'Albo delle Imprese di assicurazione n. 1.00123. Nell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2025, il patrimonio netto dell'Impresa ammonta a € 213,2 milioni e il risultato economico a € 61,0 milioni di euro. L'Impresa presenta un indice di solvibilità pari a 2,85 volte il requisito patrimoniale di solvibilità.

La Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) al 31 dicembre 2025 è disponibile sul sito www.arcassicura.it (sezione "Mondo Arca", "Numeri").

Al contratto si applica la Legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

I successivi rinvii a sezioni, pagine e articoli si riferiscono alle Condizioni di Assicurazione

A integrazione di quanto riportato nel DIP Danni

Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in un istituto di cura

"Ricovero e prestazioni collegate": Sezione 2, Art. 22, pg.12 di 42

"Trapianto a seguito di malattia o infortunio": Sezione 2, Art. 23, pg.13 di 42

"Parto cesareo": Sezione 2, Art. 24, pg.13 di 42

"Parto non cesareo, aborto terapeutico o spontaneo": Sezione 2, Art. 25, pg.13 di 42

"Day Hospital a seguito di malattia o infortunio": Sezione 2, Art. 26, pg.14 di 42

"Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia o infortunio": Sezione 2, Art. 27, pg.14 di 42

"Indennità sostitutiva delle prestazioni durante il ricovero e Day Hospital": Sezione 2, Art. 28, pg.14 di 42

"Interventi chirurgici specifici: Assistenza indiretta **": Sezione 2, Art. 29, pg.14 di 42

"Trasporto sanitario": Sezione 2, Art. 30, pg.14 di 42

"Rimpatrio della salma": Sezione 2, Art. 31, pg.15 di 42

Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero

"Alta Specializzazione": Sezione 3, Art. 37, pg.18 di 42

"Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (con omeopatia)": Sezione 3, Art. 38, pg.19 di 42

"Trattamenti fisioterapici riabilitativi": Sezione 3, Art. 39, pg.19 di 42

"Protesi ortopediche e acustiche": Sezione 3, Art. 40, pg.19 di 42

"Odontoiatria/ortodonzia": Sezione 3, Art. 41, pg.20 di 42

"Sindrome metabolica: Assistenza diretta online": Sezione 3, Art. 42, pg.21 di 42

"Prestazioni diagnostiche particolari: Assistenza diretta": Sezione 3, Art. 43, pg.22 di 42

"Diagnosi comparativa/Second Opinion, Altre informazioni sanitarie": Sezione 3, Art. 44, pg.22 di 42

Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni

"Oggetto della garanzia": Sezione 4, Art.49, pg.26 di 42

"Stato di non autosufficienza temporanea": Sezione 4, Art.50, pg.26 di 42

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Scontistiche per più assicurati: 2 assicurati: 10%; 3-4-5 assicurati: 25%. Sconto per contraenza persona giuridica e più di un assicurato: sconto 10%



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite dal Dip danni.



Ci sono limiti di copertura?

Sono previste esclusioni di garanzia per le seguenti sezioni:

PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA CHE ABBIANO RESO NECESSARIO UN RICOVERO IN UN ISTITUTO DI CURA – non operante per: le conseguenze dirette di infortuni e le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, o in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie; la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici; le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici; le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto); i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio; gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale; i ricoveri causati dalla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana e i ricoveri per lunga degenza; gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo; il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolto a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting). Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate; gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato; le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave; le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; le conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, alluvioni, inondazioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche; le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale. Ricovero e prestazioni collegate - Rette di degenza spese voluttuarie; Post ricovero spese infermieristiche se non presente richiesta certificata al momento delle dimissioni; spese di natura alberghiera. Day Hospital a seguito di malattia o infortunio visite specialistiche, analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati in day hospital ai soli fini diagnostici. **PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA IN ASSENZA DI RICOVERO** – non operante per: le conseguenze dirette di infortuni e le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto; le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, o in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie; la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici; le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici; le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto); i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio; gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale; i ricoveri causati dalla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza; gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo; il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, e all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolto a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting). Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate; gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato; le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave; le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; le conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, alluvioni, inondazioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche; le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (con omeopatia) visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici; visite psichiatriche successive alla prima. Trattamenti fisioterapici riabilitativi linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu; effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico. Odontoiatria/ortodonzia protesi estetiche; trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche. Prestazioni odontoiatriche particolari: Assistenza diretta se età maggiore o uguale a 15 anni prestazioni diverse da ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo, se minore di 15 anni, prestazioni diverse da fluorazione e/o sigillatura dei solchi con eventuale visita di controllo. Sindrome metabolica: Assistenza diretta online assicurato in stato di Sindrome Metabolica "conclamata". **STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI** – non operante per le conseguenze: di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze; dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo; di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, e uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni; di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'assicurato ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di assistenza a persona in pericolo sono garantiti; dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti; di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo e dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno; del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche; di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto); di partecipazione attiva dell'assicurato ad atti criminali; di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato; delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale; di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici. Stati di non autosufficienza temporanea eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata

Alle coperture assicurative offerte dal contratto, inoltre, sono applicati Scoperti o Franchigie contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo

Scoperti - PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA CHE ABBIANO RESO NECESSARIO UN RICOVERO IN UN ISTITUTO DI CURA: Spese sostenute per le prestazioni assicurate (in assistenza indiretta): 20% minimo € 100,00. **PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA IN ASSENZA DI RICOVERO:** Protesi ortopediche e acustiche: 20% minimo € 50,00 per fattura/persona; Alta specializzazione, Visite specialistiche e accertamenti diagnostici in assistenza indiretta: 20% minimo € 60,00. Trattamenti fisioterapici riabilitativi in assistenza indiretta: 20% minimo € 70,00; Odontoiatria/ortodonzia - Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico e Odontoiatria/ortodonzia - Cure dentarie da infortunio: in assistenza diretta: 15%; in assistenza indiretta: 20% minimo di € 100,00 per fattura/persona.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto Orizzonte Salute Nuova Edizione si rivolge ai contraenti persone fisiche e giuridiche che intendono assicurare una o più persone fisiche (con il limite di cinque), in relazione al rimborso di spese sanitarie da infortunio e da malattia in caso di intervento chirurgico



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 21,19% del Premio imponibile

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami aventi ad oggetto la gestione del rapporto contrattuale devono essere inoltrati per iscritto a: Arca Assicurazioni S.p.A., Reclami, Via del Fante 21, 37122 Verona Fax: 045.8192317, reclami@arcassicura.com . I reclami relativi al comportamento dell'Intermediario, inclusi i relativi dipendenti e collaboratori, possono essere inoltrati per iscritto anche all'intermediario di riferimento. Nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) del contraente di polizza. Il termine massimo per il riscontro al reclamante è di 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 - Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it - Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile. Il ricorso all'Arbitro Assicurativo è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (d.lgs n.28/2010). Condizione di procedibilità della domanda giudiziale
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Arbitrato tecnico : In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro nonché su causa, natura e conseguenze dell'Infortunio, le parti possono rivolgersi per iscritto a un collegio di tre medici designati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio. Il collegio decide in modo vincolante per le parti a maggioranza dei voti. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Trattamento fiscale. Il contratto è soggetto alle seguenti tassazioni - aliquote d'imposta: Infortuni: 2,5%. Malattia: 2,5%. Detrazione fiscale. Applicabile sulla parte di Premio versato per copertura rischio Morte e/o Invalidità permanente non inferiore al 5%. Tassazione delle prestazioni assicurate. Non prevista.
---	--

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo sia concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, nè subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia. Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventesimo anno di età. Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile sul sito internet dell'impresa al seguente link https://www.arcassicura.it/informativa-oblio-oncologico .
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciata, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.

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

orizzonte **SALUTE**
Nuova Edizione

Assicurazione Sanitaria

Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario

Indice:

Glossario	p. 3
1 - Norme che regolano il contratto in generale	p. 7
2 - Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in un istituto di cura	p. 11
3 - Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero	p. 18
4 - Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima di 18 anni	p. 26
5 - Norme che regolano i sinistri	p. 29
Allegato 1 - Elenco dei grandi interventi chirurgici	p. 35
Allegato 2 - Alta specializzazione	p. 37
Allegato 3 - Interventi chirurgici specifici: assistenza Indiretta	p. 38
Norme di legge richiamate in polizza	p. 39
Scheda anamnestica odontoiatrica	p. 41
Modulo denuncia sinistro	p. 42

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

Gentile cliente,

Le presentiamo il nostro prodotto *orizzonte* Salute Nuova Edizione: una polizza sanitaria che offre a lei e, se desidera, al suo nucleo familiare la possibilità di utilizzare una rete convenzionata di specialisti medici e strutture sanitarie per le esigenze mediche.

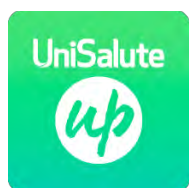
orizzonte Salute Nuova Edizione nasce, infatti, dalla collaborazione di Arca Assicurazioni con UniSalute che ha una rete capillare in tutta Italia per offrirle i servizi sanitari.

Come avrà modo di osservare nelle prossime pagine delle Condizioni di Assicurazione, che rappresentano gli impegni contrattuali che ci assumiamo nei suoi confronti, abbiamo utilizzato box informativi che, a titolo puramente esemplificativo, le potranno essere utili per approfondire alcuni aspetti delle garanzie incluse nella polizza.

Le anticipiamo che UniSalute mette a sua disposizione, i seguenti servizi:



Centrale Operativa



App scaricabile da Google Play, da APP Store o Windows Store

Glossario

Nel testo delle Condizioni di ASSICURAZIONE si intende per:

ABORTO: interruzione prematura di una gravidanza, per cause naturali o provocata artificialmente.

ABORTO SPONTANEO: interruzione prematura di una gravidanza avvenuta per cause naturali, non causata da un intervento esterno.

ABORTO TERAPEUTICO: interruzione di una gravidanza motivata esclusivamente da ragioni di ordine medico, come la presenza di gravi malformazioni al feto.

ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO: prestazione medica strumentale, a carattere anche cruento e/o invasivo, atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una MALATTIA.

ANNO: periodo di tempo pari a 365 (trecentosessantacinque) giorni, o a 366 (trecentosessantasei) giorni in caso di ANNO bisestile.

ASSICURATO: la persona il cui interesse è protetto dal contratto di ASSICURAZIONE.

Gli assicurati possono essere:

- 1) il CONTRAENTE e/o i componenti (in tutto o in parte) del suo NUCLEO FAMILIARE al momento della sottoscrizione del contratto di ASSICURAZIONE e nominativamente indicati in POLIZZA come assicurati;
oppure:
- 2) l'imprenditore e/o le persone che con lui collaborano nell'esercizio della sua attività imprenditoriale e nominativamente indicati in POLIZZA come assicurati.

ASSICURAZIONE: il contratto di ASSICURAZIONE.

ASSISTENZA: l'aiuto in denaro o in natura, fornito all'ASSICURATO che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA: attività relativa all'ASSISTENZA sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista.

ATTI ORDINARI DELLA VITA:

- Spostarsi: capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio;
- Lavarsi: capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo;
- Vestirsi: capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente;
- Nutrirsi: capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire.

BEST DOCTORS®: La SOCIETÀ che coadiuva UNISALUTE nella gestione dei sinistri previsti alla garanzia "DIAGNOSI COMPARATIVA": BEST DOCTORS, Calle Almagro, 36, 28010 Madrid – Spagna.

CENTRALE OPERATIVA: è la struttura di UNISALUTE costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della SOCIETÀ, le prestazioni previste dalla POLIZZA.

La CENTRALE OPERATIVA con linea telefonica "verde" provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'ASSICURATO, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;

- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

CONTRAENTE: il soggetto che stipula il contratto di assicurazione e paga il PREMIO.

DAY-HOSPITAL: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in ISTITUTO DI CURA in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica.

DIAGNOSI COMPARATIVA: consulenza di elevato profilo medico specialistico erogata, sulla base della documentazione fornita dall'ASSICURATO, da una struttura di medici specialisti internazionali.

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

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

FRANCHIGIA: la parte di danno indennizzabile che, per ogni SINISTRO, rimane a carico dell'ASSICURATO.

GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici relativo agli interventi chirurgici riportati nell'Elenco Grandi Interventi Chirurgici (Allegato 1 alla POLIZZA).

INDENNITÀ SOSTITUTIVA: importo giornaliero erogato dalla SOCIETÀ in caso di RICOVERO o DAY HOSPITAL, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il RICOVERO o il DAY HOSPITAL stesso. Costituiscono eccezione le sole spese sostenute per prestazioni di pre e di post RICOVERO o di DAY HOSPITAL, per le quali si prevede comunque il rimborso a termini di POLIZZA.

INDENNIZZO: la somma dovuta dalla SOCIETÀ in caso di SINISTRO.

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

INTERVENTO CHIRURGICO:

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

INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE: prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

ISTITUTO DI CURA: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'ASSISTENZA ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

LETTERA D'IMPEGNO (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche): documento con cui l'ASSICURATO si impegna a versare alla struttura convenzionata a cui si rivolge, eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dall'ASSICURAZIONE.

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

MALATTIA: qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute che non sia MALFORMAZIONE o DIFETTO FISICO anche non dipendente da INFORTUNIO.

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

MASSIMALE: l'importo stabilito negli specifici articoli di POLIZZA che rappresenta la spesa massima che la SOCIETÀ si impegna a prestare nei confronti dell'ASSICURATO per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

NUCLEO FAMILIARE: il coniuge o il convivente more uxorio e i figli come risultanti dallo stato di famiglia dell'ASSICURATO principale al momento della sottoscrizione del contratto.

PIANO TERAPEUTICO (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche): documento sottoscritto dall'ASSICURATO contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare e che deve essere comunicato a UNISALUTE per rendere possibile la successiva "PRESA IN CARICO". Eventuali successive variazioni al PIANO TERAPEUTICO concordato dovranno essere sottoposte a una nuova PRESA IN CARICO da parte di UNISALUTE.

POLIZZA: il documento che prova il contratto di ASSICURAZIONE e che è sottoscritto dal CONTRAENTE.

PREMIO: la prestazione in denaro dovuto dal CONTRAENTE alla SOCIETÀ.

PRESA IN CARICO (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche): comunicazione di UNISALUTE al centro odontoiatrico convenzionato in ordine alle prestazioni contenute nel PIANO TERAPEUTICO che UNISALUTE stessa si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente allo stesso. La liquidazione degli oneri contenuta nella PRESA IN CARICO è subordinata al rispetto di quanto riportato nella stessa circa condizioni, avvertenze, limiti ed eventuali altre indicazioni riportate nel presente contratto.

QUESTIONARIO DI RICONOSCIMENTO DI UNO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA: documento contenente le informazioni sullo stato di non autosufficienza dell'ASSICURATO, compilato e sottoscritto dal medesimo o rappresentante legale e dal medico curante.

RECLAMO: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti di un'impresa di ASSICURAZIONE relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

RECLAMANTE: un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del RECLAMO da parte dell'impresa di ASSICURAZIONE, a esempio il CONTRAENTE, l'ASSICURATO, il beneficiario e il danneggiato.

RETTA DI DEGENZA: trattamento alberghiero e ASSISTENZA medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

RICOVERO: la degenza in ISTITUTO DI CURA comportante pernottamento, documentata da cartella clinica.

RICOVERO DI LUNGA CONVALESCENZA (definizione relativa a "Stati di non autosufficienza"): la degenza in ISTITUTO DI CURA specializzata nell'ASSISTENZA agli anziani.

RISCHIO: la probabilità del verificarsi del SINISTRO.

SCHEDA ANAMNESTICA (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche): documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'ASSICURATO, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'ASSICURATO, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

SCOPERTO: la somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'ASSICURATO.

SINISTRO: il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'ASSICURAZIONE, che comporta un'attività gestionale per la SOCIETÀ.

SOCIETÀ: l'impresa assicuratrice, Arca Assicurazioni S.p.A.

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 in POLIZZA.

SPESE VOLUTTUARIE: tutte quelle spese che soddisfano bisogni non necessari alla degenza del paziente al fine del recupero fisico post INTERVENTO CHIRURGICO (quali ad esempio TV o connessione WiFi presso la casa di cura in cui viene effettuato il RICOVERO).

STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA CONSOLIDATO: Situazione irreversibile e permanente, relativa alla salute dell'ASSICURATO, di norma suscettibile solo di ulteriore aggravamento.

STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA: ISTITUTO DI CURA, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi con cui UNISALUTE ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

TERMINI DI ASPETTATIVA: periodo contrattuale per il quale non è garantita la copertura sanitaria per la MALATTIA/parto.

UNISALUTE S.P.A.: compagnia specialistica di ASSICURAZIONE con sede Legale e Direzione Generale in via Larga n° 8, 40138 Bologna, di cui la SOCIETÀ si avvale per l'operatività della centrale telefonica e dell'erogazione, delle prestazioni assicurate tramite la rete delle strutture sanitarie con essa convenzionate e per il rimborso delle spese assicurate.

1

Norme che regolano il contratto in generale

Art. 1 - Oggetto del contratto

Con il presente contratto la SOCIETÀ si obbliga, nel limite delle somme assicurate, per le spese sostenute dall'ASSICURATO, per usufruire delle prestazioni rese necessarie da MALATTIA, parto o INFORTUNIO, avvenute durante l'operatività del contratto con o senza RICOVERO. Sono previsti anche gli stati di non autosufficienza temporanea.

Art. 2 - Operatività del contratto

Le garanzie prestate sono esclusivamente quelle indicate in POLIZZA e valgono esclusivamente per gli assicurati nominalmente descritti in POLIZZA.

Art. 3 - Assistenza diretta/Assistenza indiretta: definizione

Le garanzie del presente contratto possono essere prestate con le seguenti modalità:

- ASSISTENZA diretta: prestazioni sanitarie erogate utilizzando strutture sanitarie private o pubbliche (SSN) convenzionate ed effettuate da medici convenzionati, con pagamento delle spese assicurate direttamente da parte di UNISALUTE alle condizioni e nei limiti previsti negli articoli che seguono;
- ASSISTENZA indiretta: prestazioni sanitarie erogate utilizzando strutture sanitarie private o pubbliche (SSN) non convenzionate con intervento indiretto da parte di UNISALUTE, cioè con il rimborso all'ASSICURATO delle spese assicurate sostenute (prestazioni, tickets, INDENNITÀ SOSTITUTIVA), alle condizioni e nei limiti previsti negli articoli che seguono.

La SOCIETÀ nel garantire le prestazioni assicurate nel presente contratto, si avvale dell'intervento operativo della società specializzata UNISALUTE S.P.A. con sede Legale e direzione Generale in via Larga n° 8, 40138 Bologna, che mette a disposizione dell'ASSICURATO:

- la sua rete di Strutture Sanitarie convenzionate;¹
- i servizi on-line via internet www.arcassicura.it o attraverso l'utilizzo della App UNISALUTE scaricabile gratuitamente da Google Play, da APP Store o Windows Store che consentono di:
 - 1) consultare la rete delle strutture sanitarie convenzionate;
 - 2) prenotare, visite ed esami;
 - 3) aggiornare i propri dati personali;
 - 4) denunciare un SINISTRO o verificare lo stato di un SINISTRO;
- la CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE: numero verde gratuito 800 822479 (dall'estero numero non gratuito 0039 051 6389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Art. 4 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'ASSICURATO o del CONTRAENTE relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del RISCHIO possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO, nonché la cessazione dell'ASSICURAZIONE, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 5 - Assicurazione per conto altrui

Se la presente ASSICURAZIONE è stipulata per conto altrui, gli obblighi che derivano dal contratto devono essere adempiuti dal CONTRAENTE, salvo quelli che per loro natura possono essere adempiuti da parte del solo ASSICURATO.

Le limitazioni e le esclusioni presenti all'interno del contratto si considerano valide e accettate e si applicano anche nei confronti dell'ASSICURATO qualora sia persona diversa dal CONTRAENTE.

¹ Come faccio a sapere quali sono le Strutture Sanitarie convenzionate con UniSalute?

Per conoscere l'elenco delle Strutture Sanitarie e dei medici convenzionati con UniSalute è sufficiente consultare il sito www.unisalute.it

Art. 6 - Altre assicurazioni

In caso di SINISTRO, l'ASSICURATO deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi degli artt. 1910 e 1913 del Codice Civile.

Art. 7 - Modifiche al contratto

Le eventuali modificazioni al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 8 - Decorrenza del contratto

Il contratto si perfeziona solo nel momento in cui il pagamento del PREMIO sia andato a buon fine. Pertanto, salvo che sia diversamente convenuto, se il pagamento del PREMIO o della rata di PREMIO è andato a buon fine l'ASSICURAZIONE ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato sul contratto come data di decorrenza, diversamente ha effetto dalle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del PREMIO sia effettivamente andato a buon fine.

Se il CONTRAENTE non paga le rate di PREMIO successive alla prima, l'ASSICURAZIONE resta sospesa dalle ore 24:00 del 30° (trentesimo) giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24:00 del giorno in cui il pagamento del PREMIO sia stato pagato, ferme le successive scadenze.

Art. 9 - Termini di carenza

Premesso che per termini di carenza, che decorrono dal giorno di effetto della POLIZZA, si intende il **periodo contrattuale durante il quale non è garantita la copertura assicurativa**, la garanzia decorre dal:

- dal giorno stesso di effetto dell'ASSICURAZIONE per gli infortuni;
- dal 30° (trentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per le malattie;
- dal 60° (sessantesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per l'ABORTO e le malattie dipendenti da gravidanza;
- dal 300° (trecentesimo) giorno successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per il parto e le malattie da puerperio;
- dal 1° (primo) giorno del VI (sesto) ANNO assicurativo successivo a quello di effetto dell'ASSICURAZIONE per le infezioni da HIV a condizione che l'ASSICURATO non fosse già affetto da HIV all'atto dell'attivazione del piano sanitario, nel qual caso troverebbero applicazione i successivi Artt. 33 e 46 - Persone non assicurabili.

Qualora la presente **POLIZZA sia stata emessa in sostituzione**, senza soluzione di continuità, di altra emessa dalla medesima SOCIETÀ, i termini sopra esposti operano:

- a) per gli stessi assicurati:
 - dal giorno di effetto della POLIZZA sostituita, qualora le prestazioni e i massimali risultanti dalla presente POLIZZA siano pari o inferiori a quella sostituita;
 - dal giorno di effetto della presente POLIZZA, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.
- b) per i nuovi assicurati:
 - dalla data di effetto del presente contratto.

Art. 10 - Pagamento del premio con addebito sul conto corrente ²

Il versamento del PREMIO può essere effettuato mediante addebito sul conto corrente, se il CONTRAENTE, al momento della stipula del contratto, autorizza la banca, "in conformità alla Normativa vigente in materia di addebiti diretti" con particolare riguardo alla rinuncia alla facoltà di cui all'art. 13, comma 4, del d.lgs. n. 11/2010, ad addebitare il conto corrente indicato per il PREMIO alla firma di questo contratto e per i premi successivi. L'eventuale estinzione del conto corrente o la revoca dell'autorizzazione di addebito, deve essere comunicata alla SOCIETÀ almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annuale del contratto. Il CONTRAENTE è tenuto a concordare con la SOCIETÀ la nuova forma di pagamento del PREMIO.

² Cos'è il premio?

Il premio, in un'assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare alla società per attivare la copertura assicurativa sottoscritta.

Art. 11 - Frazionamento del premio

Il PREMIO annuo è interamente dovuto dal CONTRAENTE anche se le parti hanno convenuto il frazionamento dello stesso in più rate.

Il PREMIO può essere frazionato semestralmente, quadrimestralmente, trimestralmente o mensilmente.

Qualora il CONTRAENTE decida di **optare per il frazionamento mensile del PREMIO, deve comunicarlo all'atto di sottoscrizione della POLIZZA**. Il titolo di emissione avrà una durata compresa tra 30 (trenta) e 60 (sessanta) giorni, quindi l'importo della prima rata dipenderà dalla data di emissione della POLIZZA. A partire poi dal terzo mese il cliente comincerà a pagare l'importo mensilizzato; pertanto, il primo ANNO verranno addebitate sul conto corrente del cliente 11 (undici) rate 1 (una) rata alla sottoscrizione + 10 (dieci) rate successive). Per le annualità successive saranno addebitate 12 (dodici) mensilità a partire dal mese di rinnovo.

Art. 12 - Durata del contratto ³

La durata del presente contratto viene concordata tra le parti al momento della sottoscrizione del contratto stesso e viene indicata sulla POLIZZA.

Art. 13 - Proroga del contratto

Il contratto è con tacito rinnovo pertanto, **in assenza di disdetta** da parte dell'ASSICURATO o da parte della SOCIETÀ, la durata del contratto viene **prorogata per un ANNO** e così successivamente.

Art. 14 - Disdetta del contratto

La **disdetta deve essere inviata almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza** del contratto tramite lettera raccomandata e/o fax. Il CONTRAENTE ha facoltà di optare anche per la formula senza tacito rinnovo, in questo caso la copertura cessa alle ore 24:00 del giorno di scadenza indicato nel contratto.

Art. 15 - Aggravamento del rischio

L'ASSICURATO o il CONTRAENTE deve **dare comunicazione scritta** alla SOCIETÀ di ogni aggravamento del RISCHIO.

Gli **aggravamenti di RISCHIO non noti** o non accettati dalla SOCIETÀ **possono comportare** la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO, nonché la stessa cessazione dell'ASSICURAZIONE, ai sensi dell'art.1898 del Codice Civile.

Il diritto all'INDENNIZZO non viene pregiudicato in caso di aggravamento di RISCHIO non comunicato in **buona fede** dall'ASSICURATO.

Art. 16 - Foro competente

Per ogni controversia inerente all'interpretazione, esecuzione, applicazione delle presenti condizioni, sarà esclusivamente competente il foro del luogo di residenza o di domicilio del consumatore.

Art. 17 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'ASSICURAZIONE sono a carico del CONTRAENTE.

Art. 18 - Estensione territoriale

L'ASSICURAZIONE vale in tutto il mondo.

Art. 19 - Termini di prescrizione

Ai sensi dell'art. 2952 Codice Civile, il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente POLIZZA è di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

³ La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in polizza?

Qualora il contratto sia stipulato "con tacita proroga", la copertura prosegue alla scadenza per un ulteriore anno e così successivamente, fino a quando il contraente non deciderà di dare disdetta con preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di scadenza del contratto stesso. Qualora il contratto sia stipulato "senza tacita proroga" la copertura si interrompe alla scadenza annua.

Art. 20 - Rinvio alle norme di legge

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

2

Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in un istituto di cura

COSA È ASSICURATO

Prestazioni assicurate in caso di RICOVERO	Rif. Art.	Somme assicurate
RICOVERO e prestazioni collegate: a) Nel periodo pre-RICOVERO: 100 giorni precedenti il RICOVERO b) INTERVENTO CHIRURGICO durante il RICOVERO c) ASSISTENZA medica, medicinali, cure durante il RICOVERO d) ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata: spesa di € 50,00 al giorno massimo di 30 giorni per RICOVERO (*) e) Accompagnatore: spesa di € 50,00 al giorno massimo 30 giorni per RICOVERO (*) f) Rette di degenza trattamento alberghiero: spesa di € 250,00 per giorno di RICOVERO (*) g) Nel periodo post RICOVERO: 100 giorni successivi alla data di fine RICOVERO	Art. 22	€ 150.000,00 elevato a € 300.000,00 nel caso di Grandi Interventi chirurgici (Allegato n. 1) Alcune prestazioni hanno limiti specifici indicati (*)
Trapianto a seguito di MALATTIA o INFORTUNIO	Art. 23	
Parto cesareo: limite di € 5.000,00 per ANNO assicurativo e ASSICURATO (*)	Art. 24	
Parto non cesareo, ABORTO TERAPEUTICO o spontaneo: (*) limite € 4.000,00 per ANNO assicurativo e ASSICURATO	Art. 25	
DAY HOSPITAL a seguito di MALATTIA o INFORTUNIO	Art. 26	
INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE a seguito di MALATTIA o INFORTUNIO	Art. 27	
INDENNITÀ SOSTITUTIVA delle prestazioni durante il RICOVERO e DAY HOSPITAL: limite € 100,00 al giorno, massimo 90 per RICOVERO; spese pre e post RICOVERO nel limite di € 2.000,00 per RICOVERO (*)	Art. 28	
Interventi chirurgici specifici: ASSISTENZA indiretta	Art. 29	
Trasporto sanitario: limite € 1.000,00 per ANNO assicurativo e ASSICURATO (*)	Art. 30	
Rimpatrio della salma: limite € 1500,00 per ASSICURATO (*)	Art. 31	









Art. 21 - Somma assicurata

La SOMMA ASSICURATA annua complessiva, riferita a ciascun ASSICURATO e a tutte le spese relative alle prestazioni previste in garanzia in caso di RICOVERO e definite nei seguenti articoli, è pari a € 150.000,00 (centocinquantamila) elevata a € 300.000,00 (trecentomila) nel caso di GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (Allegato 1).

Per le prestazioni in assenza di RICOVERO, le somme assicurate sono quelle previste dalle singole garanzie.

Art. 22 - Ricovero e prestazioni collegate⁴

Sono assicurate le spese sostenute dall'ASSICURATO in conseguenza di INFORTUNIO o MALATTIA che abbiano reso necessario un RICOVERO in ISTITUTO DI CURA; UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- a) **Pre - Ricovero:** 100 (cento) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO 
rimborso degli esami, degli accertamenti diagnostici e delle visite specialistiche effettuate nei 100 (cento) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO purché resi necessari dalla MALATTIA o dall'INFORTUNIO che hanno determinato il RICOVERO^{ES} .
- b) **Intervento chirurgico:** 
onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
- c) **Assistenza medica, medicinali, cure:** 
prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di RICOVERO. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono assicurati solo se durante il RICOVERO è stato eseguito un INTERVENTO CHIRURGICO.
- d) **Assistenza infermieristica privata individuale:** 
ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale nel limite di € 50,00 (cinquanta) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni esclusivamente durante il periodo di RICOVERO.
La presente garanzia viene prestata esclusivamente previo contatto con UNISALUTE.
- e) **Accompagnatore:** 
l'ASSICURATO deve preventivamente comunicare alla STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA e a UNISALUTE, la presenza di un accompagnatore. La STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA verificherà la disponibilità di vitto e pernottamento per l'accompagnatore ed UNISALUTE provvederà al pagamento della retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'ISTITUTO DI CURA.
In caso di mancata disponibilità per l'Accompagnatore da parte della STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA, UNISALUTE provvederà al rimborso delle spese alberghiere sostenute nel limite di € 50,00 (cinquanta) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per RICOVERO.
- f) **Rette di degenza:** 
trattamento alberghiero (escluse le SPESE VOLUTTUARIE).
L'ASSICURAZIONE è prestata come segue:
- RICOVERO dell'ASSICURATO in struttura non convenzionata (ASSISTENZA indiretta) la garanzia è prestata nel **limite di € 250,00 (duecentocinquanta) al giorno**;
- RICOVERO dell'ASSICURATO in struttura convenzionata (ASSISTENZA diretta) le spese sostenute verranno pagate direttamente da UNISALUTE.
- g) **Post-Ricovero:** 100 (cento) giorni successivi alla cessazione del RICOVERO 

⁴ Per poter usufruire della copertura assicurativa il mio ricovero deve avvenire obbligatoriamente presso un istituto di cura convenzionato con UniSalute?

No, la copertura assicurativa in caso di ricovero opera sia per le prestazioni presso i centri sanitaria convenzionati con UniSalute sia per quelle presso i centri non convenzionati variando le modalità di liquidazione del sinistro (pagamento diretto da parte di UniSalute o a rimborso all'assicurato) e nell'applicazione di scoperti/franchigie.

^{ES} L'assicurato si sottopone a un esame prescritto dal medico e necessita di un Ricovero:

L'assicurato effettua il ricovero in assistenza diretta: contatta Centrale Operativa UniSalute per prenotare la clinica e rimane ricoverato per 7 giorni;
Pagamento delle spese: somma disponibile in caso di Ricovero € 150.000,00 annua.
Avendo effettuato le prestazioni in assistenza diretta le spese sono a carico di UniSalute; nessuna spesa a carico dell'assicurato.

esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime **solo se** la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'ISTITUTO DI CURA), trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (**escluse** in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 100 (cento) giorni successivi alla cessazione del RICOVERO, purché resi necessari dalla MALATTIA o dall'INFORTUNIO che ha determinato il RICOVERO; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di RICOVERO con INTERVENTO CHIRURGICO. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'ISTITUTO DI CURA.

I medicinali previsti in copertura sono prestati in forma esclusivamente rimborsuale.

Art. 23 - Trapianto a seguito di malattia o infortunio



Nel caso di RICOVERO per trapianto di organi o di parte di essi, oltre alle spese previste all'Art. 22 – RICOVERO e prestazioni collegate, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- pre-RICOVERO (100 (cento) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO): estesa anche alle spese sostenute per trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto praticati durante tale periodo preparatorio all'intervento di trapianto;
- necessarie per il prelievo dell'organo dal donatore;
- trasporto sanitario dell'ASSICURATO esteso al trasporto dell'organo.

Nel caso di donazione di organo da parte di donatore vivente sono assicurate anche le spese per le prestazioni effettuate durante il RICOVERO del donatore limitatamente a:

- accertamenti diagnostici;
- ASSISTENZA medica e infermieristica;
- INTERVENTO CHIRURGICO;
- cure, medicinali;
- rette di degenza;

come definite all'Art. 22 - RICOVERO e prestazioni collegate e all'Art. 30 - Trasporto sanitario **con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.**

Art. 24 - Parto cesareo



In caso di RICOVERO per parto cesareo effettuato sia in STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA (ASSISTENZA diretta) sia in struttura non convenzionata (ASSISTENZA indiretta), UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- INTERVENTO CHIRURGICO;
- ASSISTENZA medica, medicinali e cure;
- RETTA DI DEGENZA: senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- accompagnatore: senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- post-RICOVERO;
- trasporto sanitario;

come definite agli Artt.: Art.22 - RICOVERO e prestazioni collegate, Art. 30 - Trasporto sanitario **con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.**

L'ASSICURAZIONE è prestata per ciascun ASSICURATO fino a un **massimo di € 5.000,00 (cinquemila) per ANNO assicurativo.**

Art. 25 - Parto non cesareo, aborto terapeutico o spontaneo



In caso di RICOVERO per parto non cesareo, ABORTO TERAPEUTICO o SPONTANEO effettuato sia in STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA (ASSISTENZA diretta) sia in struttura non convenzionata (ASSISTENZA indiretta) UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- INTERVENTO CHIRURGICO;
- ASSISTENZA medica, medicinali, cure;
- RETTA DI DEGENZA: senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- post-RICOVERO: nel limite dei 100 (cento) giorni successivi alla cessazione del RICOVERO, vengono garantite unicamente 2 (due) visite di controllo;
- trasporto sanitario;

come definite agli Artt.: Art. 22 - RICOVERO e prestazioni collegate e Art. 30 - Trasporto sanitario **con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.**

Per tali prestazioni l'ASSICURAZIONE è prestata per ciascun ASSICURATO fino a un **massimo di € 4.000,00 (quattromila) per ANNO assicurativo.**



Art. 26 - Day Hospital a seguito di malattia o infortunio

In caso di RICOVERO in regime di DAY HOSPITAL, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le prestazioni definite agli Artt.:

- Art. 22 - RICOVERO e prestazioni collegate;
- Art. 30 - Trasporto sanitario.

Per entrambe le prestazioni valgono i limiti e le modalità in essi indicati.

La garanzia **non è operante** per le visite specialistiche, le analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati in DAY HOSPITAL ai soli fini diagnostici.



Art. 27 - Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia o infortunio

Nel caso di INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- pre-RICOVERO: nei 100 (cento) giorni precedenti il giorno dell'intervento;
- INTERVENTO CHIRURGICO;
- ASSISTENZA medica, medicinali, cure;
- post-RICOVERO: nei 100 (cento) giorni successivi il giorno dell'intervento;
- trasporto sanitario;

come definite agli Artt.: Art. 22 - RICOVERO e prestazioni collegate e Art. 30 - Trasporto sanitario **con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.**



Art. 28 - Indennità sostitutiva delle prestazioni durante il ricovero e Day Hospital

Qualora l'ASSICURATO non richieda alcun rimborso a UNISALUTE per le prestazioni ricevute durante il periodo di RICOVERO o di DAY HOSPITAL, avrà diritto all'erogazione, come indennità, dell'importo giornaliero **di € 100,00 (cento) per ogni giorno di RICOVERO per un massimo di 90 (novanta) giorni per RICOVERO.**

Oltre al pagamento dell'INDENNITÀ SOSTITUTIVA, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni:

- pre-RICOVERO;
- post-RICOVERO (salvo quanto previsto all'Art. 25 - Parto non cesareo, ABORTO TERAPEUTICO o spontaneo);

definite all'Art. 22 - RICOVERO e prestazioni collegate.

Per tali prestazioni l'ASSICURAZIONE è prestata per ciascun ASSICURATO fino a un **massimo di € 2.000,00 (duemila) all'ANNO** senza applicazione degli scoperti e dei minimi non indennizzabili previsti (ASSISTENZA diretta o ASSISTENZA indiretta).



Art. 29 - Interventi chirurgici specifici: Assistenza indiretta

Nel caso di RICOVERO presso strutture non convenzionate (ASSISTENZA indiretta) e limitatamente agli interventi elencati l'ASSICURAZIONE è prestata come previsto all'Art. 22 - RICOVERO e prestazioni collegate, ma con il **limite** della somma indicata, per ciascun intervento, nell'Allegato 3, senza applicazione dei sottolimiti previsti nel suddetto articolo.

Sono inoltre assicurate le spese per il trasporto sanitario come da Art. 30 - Trasporto sanitario.



Art. 30 - Trasporto sanitario

UNISALUTE rimborsa le spese di trasporto dell'ASSICURATO in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario:

- all'ISTITUTO DI CURA;
- da un ISTITUTO DI CURA a un altro;
- di rientro alla propria abitazione;

con il massimo di € 1.000,00 (mille) per RICOVERO.

In caso di trapianto di organo, fermo il limite, sono assicurate anche le spese di trasporto dell'organo.



Art. 31 - Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'ASSICURATO, avvenuto durante un RICOVERO presso un ISTITUTO DI CURA all'estero, UNISALUTE provvede al **rimborso** delle spese sostenute per il rimpatrio della salma nel **limite di € 1.500,00 (millecinquecento) per ANNO assicurativo e ASSICURATO.**

COSA NON È ASSICURATO

Art. 32 - Contraente/assicurato: limiti di età

Premesso che il CONTRAENTE della POLIZZA è correntista, l'ASSICURAZIONE è prestata separatamente a favore di ciascuna delle persone individuate come assicurati in POLIZZA.

La copertura assicurativa, per ciascun ASSICURATO:

- è operante a condizione che alla data di effetto della POLIZZA l'ASSICURATO non abbia compiuto il **70° (settantesimo) anno di età;**
- **cesserà** alla scadenza annuale successiva al compimento del **75° (settantacinquesimo) anno di età** anagrafica dell'ASSICURATO.

In tal caso la SOCIETÀ invierà, in tempo utile, una comunicazione al CONTRAENTE per l'aggiornamento del contratto.

Art. 33 - Inclusioni ed esclusioni di assicurati dalla polizza

Con il presente contratto possono essere assicurate le persone fisiche nominativamente individuate in POLIZZA in qualità di assicurati.

L'inclusione o l'esclusione di un ASSICURATO potrà avvenire solo in occasione della scadenza annuale del contratto che, in tale occasione, verrà aggiornato con il calcolo del nuovo PREMIO. In ogni caso non sarà possibile assicurare più di cinque persone per POLIZZA.

Art. 34 - Persone non assicurabili

Sono definite "persone non assicurabili" le persone per le quali la garanzia non è prestabile. Sono tali le persone che al momento della stipula del contratto, abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei 5 (cinque) anni precedenti alla data di sottoscrizione della POLIZZA;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della POLIZZA;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della POLIZZA (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie;
- Ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 (tre) farmaci;
- Tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%, salvo quanto previsto all'Art. 51 - Condizioni di assicurabilità per stati di non autosufficienza temporanea punto 2) per quanto attiene l'operatività specifica della garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 (diciotto) anni;
- Stato di non autosufficienza temporanea o permanente alla data di attivazione del presente piano sanitario.

Premesso che la SOCIETÀ non avrebbe acconsentito a stipulare l'ASSICURAZIONE laddove avesse saputo che l'ASSICURATO, al momento della stipulazione era affetto o era stato affetto da qualcuna

delle patologie sopra elencate, al contratto si intendono applicabili gli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile e i sinistri nel frattempo verificatisi non sono quindi indennizzabili.

Il suddetto articolo non trova applicazione qualora la presente POLIZZA, relativamente agli stessi assicurati, sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra emessa dalla medesima SOCIETÀ inerente ai prodotti *orizzonte Salute*, *sistema Salute*, *orizzonte Salute Nuova Edizione* e *sistema Salute Nuova Edizione*.

Art. 35 - Esclusioni dall'assicurazione

In aggiunta a quanto previsto dal precedente Art. 34 - Persone non assicurabili, l'ASSICURAZIONE non è operante per:

- 1) le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto;
- 2) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 (quattro) diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 (nove) diottrie;
- 3) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- 4) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- 5) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 6) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 7) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 8) i ricoveri causati dalla necessità dell'ASSICURATO di avere ASSISTENZA di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'ASSICURATO che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in ISTITUTO DI CURA per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 9) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- 10) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 11) gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolto a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting). Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate;
- 12) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'ASSICURATO;
- 13) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'ASSICURATO con dolo o colpa grave;
- 14) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 15) le conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, alluvioni, inondazioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche;
- 16) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art. 36 - Pagamento spese, limiti, scoperti, minimi non indennizzabili

a) ASSISTENZA diretta (strutture convenzionate):

UNISALUTE provvede direttamente al pagamento delle spese per le prestazioni assicurate senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA a carico dell'ASSICURATO, a eccezione delle spese per le seguenti prestazioni sanitarie:

- pre-RICOVERO (Art. 22 - Ricovero e prestazioni collegate, lettera a));
- ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale (Art. 22 - Ricovero e prestazioni collegate, lettera d));
- trasporto sanitario (Art. 30 - Trasporto sanitario);
- rimpatrio della salma (Art. 31 - Rimpatrio della salma);

che vengono rimborsate all'ASSICURATO nei limiti e secondo le modalità previste agli articoli indicati.

Per quanto riguarda le prestazioni:

- parto cesareo (Art. 24 - Parto cesareo);
- parto non cesareo, ABORTO TERAPEUTICO o spontaneo (Art. 25 - Parto non cesareo, ABORTO TERAPEUTICO o spontaneo);

vengono pagate alla STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA nei limiti previsti negli articoli indicati.

b) ASSISTENZA indiretta (strutture non convenzionate):

UNISALUTE provvede al rimborso all'ASSICURATO delle spese sostenute per le prestazioni assicurate con applicazione di uno SCOPERTO del 20% con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 (mille).

Le spese sostenute relativamente a:

- ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale (Art. 22 - Ricovero e prestazioni collegate, lettera d);
- accompagnatore (Art. 22 - Ricovero e prestazioni collegate, lettera e));
- RETTA DI DEGENZA (Art. 22 - Ricovero e prestazioni collegate, lettera f));
- parto cesareo (Art. 24 - Parto cesareo);
- parto non cesareo, ABORTO TERAPEUTICO o SPONTANEO (Art. 25 - Parto non cesareo, ABORTO TERAPEUTICO o spontaneo);
- interventi chirurgici specifici (Art. 29 - Interventi chirurgici specifici: ASSISTENZA indiretta);
- trasporto sanitario (Art. 30 - Trasporto sanitario);
- rimpatrio della salma (Art. 31 - Rimpatrio della salma);

vengono rimborsate all'ASSICURATO nei limiti e con le modalità previste nei rispettivi articoli indicati.

c) Servizio Sanitario Nazionale:

nel caso di prestazioni assicurate erogate tramite strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, UNISALUTE rimborsa integralmente le spese sostenute dall'ASSICURATO per:

- rette di degenza (Art.22 - Ricovero e prestazioni collegate, lettera f): riferite al trattamento alberghiero e secondo il limite in esso indicato;
- tickets sanitari.

d) Sistema Sanitario Nazionale (prestazione intramuraria):

qualora il RICOVERO avvenga in regime di LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA, cioè con prestazione erogata all'interno del Sistema Sanitario Nazionale con utilizzo di strutture e l'intervento di personale sanitario che opera in libera professione, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese con le seguenti modalità:

- ASSISTENZA diretta: per le prestazioni assicurate ed erogate utilizzando strutture e personale convenzionato come indicato alla lettera a) del presente articolo;
- ASSISTENZA indiretta cioè a rimborso delle spese per le prestazioni assicurate ed erogate utilizzando strutture e personale non convenzionato come indicato alla lettera b) del presente articolo.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA: qualora l'ASSICURATO non richieda alcun rimborso per le spese sostenute durante il periodo di RICOVERO o il DAY HOSPITAL, potrà richiedere il pagamento della INDENNITÀ SOSTITUTIVA (Art. 28 - INDENNITÀ SOSTITUTIVA delle prestazioni durante il RICOVERO e DAY HOSPITAL).

3

Prestazioni assicurate conseguenti a infortunio o malattia in assenza di ricovero

COSA È ASSICURATO

Prestazioni assicurate in assenza di ricovero	Rif. Art.	Somme assicurate
Alta specializzazione (vedi Allegato 2)	Art. 37	€ 5.000,00
Visite specialistiche, accertamenti diagnostici (con omeopatia)	Art. 38	€ 1.500,00
Trattamenti fisioterapici riabilitativi	Art. 39	€ 350,00
Protesi ortopediche e acustiche	Art. 40	€ 1.000,00
Odontoiatria/ortodonzia	Art. 41	limiti diversificati per prestazione
Sindrome metabolica: ASSISTENZA diretta	Art. 42	una volta l'ANNO
Prestazioni diagnostiche particolari: ASSISTENZA diretta	Art. 43	una volta l'ANNO
DIAGNOSI COMPARATIVA/Second Opinion	Art. 44	a carico della SOCIETÀ



Art. 37 - Alta Specializzazione

Sono assicurate le spese sostenute dall'ASSICURATO per le prestazioni di Alta Specializzazione come elencate all'Allegato 2, nel **limite complessivo annuo di € 5.000,00 (cinquemila) per ASSICURATO**. È facoltà dell'ASSICURATO usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte^{ES}:

- **ASSISTENZA diretta:** le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UNISALUTE alle strutture sanitarie convenzionate **senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA**.
- **ASSISTENZA indiretta:** le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate all'ASSICURATO con applicazione di uno **SCOPERTO del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 60,00 (sessanta)** per ogni ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO o ciclo di terapia.
- **Servizio Sanitario Nazionale:** rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.

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

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

^{ES} L'Assicurato necessita di effettuare una visita specialistica dal dermatologo

Somma assicurata annua € 1.500,00

- Prestazione in assistenza diretta: l'Assicurato dopo avere prenotato la prestazione sanitaria tramite i servizi on line (sito www.arcassicura.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa UniSalute, si presenterà alla struttura selezionata e sosterrà l'esame senza nessun costo a suo carico.
- Prestazione in assistenza indiretta: l'Assicurato, non utilizza una struttura sanitaria convenzionata e dopo aver usufruito della prestazione, dovrà richiedere il rimborso della spesa assicurata e produrre la documentazione medica necessaria e la relativa fattura saldata. Limite per la prestazione € 1.500,00; il costo della prestazione ammonta a € 200,00. Se la prestazione è assicurata, verrà rimborsata la spesa sostenuta, con applicazione di uno Scoperto del 20% con un minimo non indennizzabile di € 60,00, pari a € 140,00; Spesa sostenuta € 200,00 - € 60,00 = € 140,00 spesa rimborsata.
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale del ticket sanitario.

Le modalità operative per la richiesta di rimborso sono descritte all'Art. 60 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA diretta e all'Art. 61 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA indiretta.



Art. 38 - Visite specialistiche ed accertamenti diagnostici (con omeopatia)

Sono assicurate le spese sostenute, **nel limite annuo di € 1.500,00 (millecinquecento) per ASSICURATO**, per visite specialistiche, visite omeopatiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a MALATTIA o ad INFORTUNIO, **con l'esclusione** delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Rientra in garanzia **esclusivamente** la prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

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

È facoltà dell'ASSICURATO usufruire delle prestazioni previste secondo le modalità di seguito descritte:

- **ASSISTENZA diretta**: nel caso di utilizzo di strutture sanitarie e di personale convenzionato con UNISALUTE, le spese per le prestazioni erogate all'ASSICURATO vengono liquidate direttamente da UNISALUTE alle strutture medesime senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA. Qualora non risultino sul territorio strutture convenzionate nella provincia dove l'ASSICURATO è residente questi, previa autorizzazione della CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE, potrà effettuare la prestazione in ASSISTENZA indiretta **con il rimborso integrale delle spese sostenute nel limite previsto dalla garanzia**.
- **ASSISTENZA indiretta**: le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **SCOPERTO del 20% con il minimo non indennizzabile di € 60,00 (sessanta)** per ogni visita specialistica o ACCERTAMENTO DIAGNOSTICO. I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.
- **Servizio Sanitario Nazionale**: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.



Art. 39- Trattamenti fisioterapici riabilitativi

UNISALUTE provvede, nel **limite annuo di € 350,00 (trecentocinquanta) per ASSICURATO**, al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici a seguito di MALATTIA o INFORTUNIO, esclusivamente a fini riabilitativi, sempreché siano prescritti dal medico "di base" o dallo specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione, il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa; sono assicurate anche le spese per la pratica di agopuntura effettuata anche a fini antalgici.

Sono escluse dalla garanzia le prestazioni:

- di linfo-drenaggio, pressoterapia e shiatsu;
- effettuate presso palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

È facoltà dell'ASSICURATO usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- **ASSISTENZA diretta**: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UNISALUTE alle strutture sanitarie convenzionate **senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA a carico dell'ASSICURATO**;
- **ASSISTENZA indiretta**: le spese relative alle prestazioni assicurate sono rimborsate all'ASSICURATO con applicazione di uno **SCOPERTO del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 70,00 (settanta)** per fattura/persona;
- **Sistema Sanitario Nazionale**: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.



Art. 40 - Protesi ortopediche e acustiche

UNISALUTE rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche nel **limite annuo di € 1.000,00 (mille)** per ASSICURATO. Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **SCOPERTO del 20%** e con un **minimo non indennizzabile di € 50,00 (cinquanta) per fattura/persona**.



Art. 41 - Odontoiatria/ortodonzia

UNISALUTE provvede, nei limiti sotto indicati, al pagamento delle spese per le prestazioni di seguito definite e conseguenti a MALATTIA o INFORTUNIO. **Rimangono sempre escluse** le spese per protesi per finalità estetiche e per trattamenti derivanti da conseguenza di patologie psichiatriche.

1) **Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche e ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico**

UNISALUTE provvede al pagamento delle spese per l'applicazione, la riparazione, la sostituzione e il ribasamento di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche, per cure odontoiatriche e terapie conservative comprese le prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico (ortopantomografia, dentalscan, telecranio).

Rientrano in garanzia eventuali visite odontoiatriche e/o sedute di igiene orale nel caso in cui le stesse siano propedeutiche alle cure o alle terapie stesse, nonché all'applicazione delle protesi o alle prestazioni ortodontiche.

È facoltà dell'ASSICURATO usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- **ASSISTENZA diretta**: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UNISALUTE alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno **SCOPERTO del 15%** che dovrà essere versato dall'ASSICURATO alla STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA con UNISALUTE al momento dell'emissione della fattura;
- **ASSISTENZA indiretta**: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate ed effettuate vengono rimborsate all'ASSICURATO con applicazione di uno **SCOPERTO del 20%**, con il **minimo non indennizzabile di € 100,00 (cento) per fattura/persona**;
- **Servizio Sanitario Nazionale**: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.

Le spese relative alle prestazioni sanitarie sono assicurate nel **limite annuo per ciascun ASSICURATO di € 600,00 (seicento) per persona**.

Nel caso di utilizzo di **strutture o di personale non convenzionato** con UNISALUTE, è previsto un **sottomassimale di € 200,00 (duecento) per persona**.

2) **Cure dentarie da INFORTUNIO**

A parziale deroga a quanto previsto all'Art. 48 - Esclusioni dall'ASSICURAZIONE, punto 4), UNISALUTE liquida all'ASSICURATO le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di INFORTUNIO.

La DOCUMENTAZIONE SANITARIA necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici;
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

È facoltà dell'ASSICURATO usufruire delle prestazioni assicurate secondo le modalità di seguito descritte:

- **ASSISTENZA diretta**: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate vengono pagate direttamente da UNISALUTE alle strutture sanitarie convenzionate con l'applicazione di uno **SCOPERTO del 15%** che dovrà essere versato dall'ASSICURATO alla STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA con UNISALUTE al momento dell'emissione della fattura;
- **ASSISTENZA indiretta**: in questo caso le spese relative alle prestazioni assicurate ed effettuate vengono rimborsate all'ASSICURATO con applicazione di uno **SCOPERTO del 20%**, con il **minimo non indennizzabile di € 100,00 (cento) per fattura/persona**;
- Servizio Sanitario Nazionale: rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.

Le spese relative alle prestazioni sanitarie sono assicurate nel **limite annuo per ciascun ASSICURATO di € 2.500,00 (duemilacinquecento)**.

3) **Prestazioni odontoiatriche particolari: ASSISTENZA diretta**

In deroga a quanto previsto all'Art. 48 - Esclusioni dall'ASSICURAZIONE, PUNTO 4), UNISALUTE provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'ANNO in strutture sanitarie convenzionate con UNISALUTE indicate dalla CENTRALE OPERATIVA previa prenotazione.

Le prestazioni che costituiscono il "pacchetto" servono a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici non ancora conclamati, e si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Di seguito il dettaglio delle prestazioni che costituiscono il "pacchetto":

Nel caso in cui l'ASSICURATO abbia un'età maggiore o uguale a 15 anni rientra esclusivamente in copertura:

- **Ablazione del tartaro con eventuale visita di controllo** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'ASSICURATO, il medico riscontri, in accordo con UNISALUTE, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso ANNO assicurativo, UNISALUTE provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente.

La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata ed autorizzata da UNISALUTE.

Le spese per le prestazioni erogate all'ASSICURATO vengono liquidate direttamente da UNISALUTE alle strutture medesime senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA.

Nel caso in cui l'ASSICURATO abbia un'età minore di 15 anni rientrano esclusivamente in copertura:

- **Fluorazione (applicazione topica di fluoro) e/o sigillatura dei solchi (massimo 4 elementi) con eventuale visita di controllo.**

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'ASSICURATO, il medico riscontri, in accordo con UNISALUTE, la necessità di effettuare una seconda seduta di fluorazione nell'arco dello stesso ANNO assicurativo, UNISALUTE provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente.

La seconda seduta deve essere preventivamente comunicata ed autorizzata da UNISALUTE.

Le spese per le prestazioni erogate all'ASSICURATO vengono liquidate direttamente da UNISALUTE alle strutture medesime senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA.



Art. 42 - Sindrome metabolica: Assistenza diretta online

Per attivare la garanzia l'ASSICURATO dovrà compilare il questionario raggiungibile sul www.UNISALUTE.it alla propria area riservata e "confermare il suo invio" a UNISALUTE.

UNISALUTE provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 (due) giorni comunicherà all'ASSICURATO l'esito della valutazione tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

UNISALUTE fornirà all'ASSICURATO, indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

UNISALUTE comunicherà l'esito della verifica e metterà a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'ASSICURATO verrà contattato da UNISALUTE (via email, sms o telefono) periodicamente per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

Solo nel caso in cui l'ASSICURATO si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", 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.

Provvederà inoltre all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni **da effettuarsi una volta l'ANNO** in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE previa prenotazione.

Al fine di incentivare l'ASSICURATO a effettuare il percorso prevenzione, sarà attivata anche una cartella medica online personale in cui egli potrà registrare questi parametri:

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo;
- Curva glicemica;
- Ecocardiogramma.

Per effettuare tali esami l'ASSICURATO dovrà preventivamente contattare la CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE per effettuare la prenotazione.

La presente garanzia verrà prestata fino alla scadenza della POLIZZA, a partire dalla data di compilazione del questionario presente nel sito UNISALUTE.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'ASSICURATO attraverso le strutture sanitarie convenzionate con UNISALUTE. Qualora tali prestazioni rientrino tra quelle assicurate con la presente POLIZZA, le stesse verranno erogate nel rispetto delle modalità liquidative di cui al relativo articolo contrattuale. Se invece tali prestazioni non dovessero rientrare tra quelle assicurate con la presente POLIZZA, all'ASSICURATO verrà fornito un servizio di "fax-assistito" che gli consentirà di accedere alle strutture convenzionate con UNISALUTE a tariffe agevolate, mantenendo i costi a proprio carico.



Art. 43 - Prestazioni diagnostiche particolari: Assistenza diretta

UNISALUTE provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **una volta l'ANNO in strutture sanitarie convenzionate** e indicate dalla CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE previa prenotazione. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Le prestazioni previste devono essere effettuate in un'unica soluzione e sono:

- alanina aminotransferasi ALT;
- aspartato Aminotransferasi AST;
- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- creatinina;
- esame emocromocitometrico e morfologico completo;
- gamma GT;
- glicemia;
- trigliceridi;
- tempo di tromboplastina parziale (PTT) ;
- tempo di protrombina (PT) ;
- urea;
- VES;
- urine: esame chimico, fisico e microscopico;
- feci: ricerca del sangue occulto.

Inoltre, successivamente al compimento del 20esimo ANNO di età dell'ASSICURATO, sono assicurate anche le spese relative agli esami di seguito elencati:

- ricerca Antigenica su Feci (Helyco Bacter Piloni);
- ECG + Visita Cardiologica.

Art. 44 - Diagnosi comparativa/Second Opinion, Altre informazioni sanitarie

a) DIAGNOSI COMPARATIVA/Second Opinion

L'ASSICURATO, telefonando alla CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE ha la possibilità di avere un secondo e qualificato parere comparativo con la precedente diagnosi fatta dal proprio medico comprensivo delle indicazioni terapeutiche conseguenti, per trattare le **seguenti patologie in atto**:

- 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.

L'ASSICURATO può infatti usufruire delle seguenti prestazioni:

- **Consulenza Internazionale:** UNISALUTE rilascerà all'ASSICURATO un referto scritto contenente le indicazioni di un medico specialista individuato da BEST DOCTORS® e la cui specialità risulti appropriata al caso. Tale referto sarà redatto in base all'analisi della DOCUMENTAZIONE SANITARIA richiesta per ricostruire la diagnosi e conterrà specifiche informazioni riguardanti il curriculum del medico interpellato.
- **Trova il Medico:** UNISALUTE, attraverso BEST DOCTORS®, metterà in contatto l'ASSICURATO con un massimo di tre specialisti scelti tra i più qualificati nel trattamento della patologia in atto. A tal fine BEST DOCTORS® ricerca nel suo database e identifica gli specialisti con una particolare competenza nel trattamento della MALATTIA, tenendo conto, quando possibile, delle preferenze geografiche dell'ASSICURATO.
- **Trova la Miglior Cura:** Qualora l'ASSICURATO intenda avvalersi di uno dei medici segnalati da UNISALUTE, la stessa, attraverso BEST DOCTORS®, provvederà a fissare tutti gli appuntamenti e a prendere gli accordi per l'accettazione presso l'ISTITUTO DI CURA, l'alloggio in albergo, il trasporto in automobile o ambulanza dell'ASSICURATO laddove necessario. **BEST DOCTORS® supervisionerà il pagamento delle fatture/ricevute e garantirà che la fatturazione sia corretta e priva di duplicazioni, errori e abusi.** L'esclusiva rete di centri di eccellenza di BEST DOCTORS® consentirà all'ASSICURATO di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.

Per l'attivazione della garanzia, l'ASSICURATO dovrà contattare UNISALUTE e concordare con il medico la documentazione necessaria; dovrà poi inviare ad UNISALUTE la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico UNISALUTE, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la DIAGNOSI COMPARATIVA. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UNISALUTE, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

b) Altre informazioni sanitarie

La CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE, oltre a definire con l'ASSICURATO le prenotazioni in ASSISTENZA diretta e la gestione dei rimborsi delle spese sostenute in ASSISTENZA indiretta, fornisce anche le **informazioni telefoniche sanitarie in merito a:**

- 1) strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- 2) indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, ASSISTENZA diretta e indiretta in Italia e all'estero, ecc.);
- 3) centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- 4) farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
- 5) pareri medici: qualora in conseguenza di INFORTUNIO o di MALATTIA l'ASSICURATO necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la CENTRALE OPERATIVA fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 45 - Contraente/assicurato: limiti di età

Premesso che il CONTRAENTE della POLIZZA è correntista, l'ASSICURAZIONE è prestata separatamente a favore di ciascuna delle persone individuate come assicurati in POLIZZA.

La copertura assicurativa, per ciascun ASSICURATO:

- è operante a condizione che alla data di effetto della POLIZZA l'ASSICURATO non abbia compiuto il **70° (settantesimo) ANNO di età**;
- **cesserà** alla scadenza annuale successiva al compimento del **75° (settantacinquesimo) ANNO di età** anagrafica dell'ASSICURATO.

In tal caso la SOCIETÀ invierà, in tempo utile, una comunicazione al CONTRAENTE per l'aggiornamento del contratto.

Art. 46 - Inclusioni ed esclusioni di assicurati dalla polizza

Con il presente contratto possono essere assicurate le persone fisiche nominativamente individuate in POLIZZA in qualità di assicurati.

L'inclusione o l'esclusione di un ASSICURATO potrà avvenire solo in occasione della scadenza annuale del contratto che, in tale occasione, verrà aggiornato con il calcolo del nuovo PREMIO. In ogni caso non sarà possibile assicurare più di cinque persone per POLIZZA.

Art. 47 - Persone non assicurabili

Sono definite "persone non assicurabili" le persone per le quali la garanzia non è prestabile. Sono tali le persone che al momento della stipula del contratto, abbiano sofferto o soffrano delle seguenti patologie:

- Tumori insorti nei 5 (cinque) anni precedenti alla data di sottoscrizione della POLIZZA;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla, morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica);
- Epatopatie croniche e cirrosi epatica;
- Pancreatite acuta e cronica;
- Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della POLIZZA;
- Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas;
- Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 (cinque) anni precedenti la data di sottoscrizione della POLIZZA (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite);
- Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie;
- Ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 (tre) farmaci;
- Essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica;
- Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%, salvo quanto previsto all'Art. 51 – Condizioni di assicurabilità per stati di non autosufficienza temporanea, punto 2), per quanto attiene l'operatività specifica della garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 (diciotto) anni;
- Stato di non autosufficienza temporanea o permanente alla data di attivazione del presente piano sanitario.

Premesso che la SOCIETÀ non avrebbe acconsentito a stipulare l'ASSICURAZIONE laddove avesse saputo che l'ASSICURATO, al momento della stipulazione era affetto o era stato affetto da qualcuna delle patologie sopra elencate, al contratto si intendono applicabili gli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile e i sinistri nel frattempo verificatisi non sono quindi indennizzabili.

Il suddetto articolo non trova applicazione qualora la presente POLIZZA, relativamente agli stessi assicurati, sia stata emessa in sostituzione – senza soluzione di continuità – di altra emessa dalla medesima SOCIETÀ inerente ai prodotti *orizzonte* Salute, *sistema* Salute, *orizzonte* Salute Nuova Edizione e *sistema* Salute Nuova Edizione.

Art. 48 - Esclusioni dall'assicurazione

In aggiunta a quanto previsto dal precedente Art. 47 - Persone non assicurabili, l'ASSICURAZIONE non è operante per:

- 1) le conseguenze dirette di infortuni nonché le malattie, le malformazioni o i difetti fisici e gli stati patologici che abbiano dato origine a cure, esami o diagnosi anteriormente alla stipulazione del contratto;
- 2) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 (quattro) diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 (nove) diottrie;
- 3) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici salvo quanto previsto all'Art. 31 - Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (con omeopatia);
- 4) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici salvo quanto previsto all'Art. 41 - Odontoiatria/ortodonzia;
- 5) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- 6) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- 7) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale;
- 8) i ricoveri causati dalla necessità dell'ASSICURATO di avere ASSISTENZA di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'ASSICURATO che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in ISTITUTO DI CURA per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 9) gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo salvo quanto all'Art. 40 - Protesi ortopediche e acustiche;
- 10) il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 11) gli infortuni derivanti dalla pratica di qualsiasi sport e relative prove o allenamenti svolto a titolo professionale. Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'utilizzo di mezzi aerei, compresi quelli definiti dalla legge "apparecchi per il volo da diporto o sportivo" (ultraleggeri, deltaplani, paracaduti, parapendii e simili); la pratica di sport e relative prove o allenamenti che prevedono l'uso di veicoli e natanti a motore e la pratica dei seguenti sport e relative prove o allenamenti: pugilato, atletica pesante, arti marziali in genere, scalata di roccia o di ghiaccio, arrampicata libera (free climbing), speleologia, salto dal trampolino con sci o idro-sci, sci acrobatico, sci estremo, slittino, bob, uso di canoa nei tratti montani, nei fiumi o torrenti caratterizzati da cascate (canyoning e rafting). Sono inoltre esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica e relative prove o allenamenti di qualsiasi altro sport che possa essere considerato estremo e/o pericoloso in analogia con le attività sportive sopra indicate;
- 12) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'ASSICURATO;
- 13) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'ASSICURATO con dolo o colpa grave;
- 14) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- 15) le conseguenze di guerre, insurrezioni, terremoti, alluvioni, inondazioni, allagamenti ed eruzioni vulcaniche;
- 16) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Limitatamente alle prestazioni previste all'Art. 41 - Odontoiatria/Ortodonzia l'ASSICURAZIONE non è operante per:

- protesi estetiche;
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

4

Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni

COSA È ASSICURATO

ASSISTENZA stati di non autosufficienza temporanea	Rif. Art.	Somme assicurate
Rimborso delle spese sanitarie o erogazione di servizi di ASSISTENZA	Art. 49	€ 500,00 al mese per massimo 6 mesi

Art. 49 - Oggetto della garanzia

La SOCIETÀ tramite UNISALUTE garantisce all'ASSICURATO il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di ASSISTENZA per un **valore massimo di € 500,00 (cinquecento)**, mensili, da corrispondersi per una durata massima di 6 (sei) mesi quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo Art. 50 - Stato di non autosufficienza temporanea, punto a).

Art. 50 - Stato di non autosufficienza temporanea

a) Definizione dello stato di non autosufficienza temporanea

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza l'ASSICURATO, il cui stato di salute non venga giudicato "consolidato" e che si trovi temporaneamente nell'impossibilità fisica di poter effettuare da solo almeno tre dei quattro ATTI ORDINARI DELLA VITA:

- soddisfare la propria igiene personale (la capacità di soddisfare un livello di igiene corporea conforme alle norme abituali: cioè di lavare la parte alta e bassa del corpo);
- nutrirsi (la capacità di consumare cibo già cucinato e reso disponibile ovvero di essere in grado di portare gli alimenti alla bocca e di inghiottire);
- spostarsi (la capacità di muoversi da una stanza ad un'altra all'interno della residenza abituale, anche con utilizzo di ogni tipo di ausilio);
- vestirsi (la capacità di mettere o togliere i propri vestiti o qualsiasi protesi ortopedica portata abitualmente);
- e necessiti temporaneamente ma in modo costante:
- dell'ASSISTENZA di un terzo che compia i servizi di cura a domicilio;
- di sorveglianza medica/infermieristica prestata in regime di RICOVERO.

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

b) Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea

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

- 1) chiamare UNISALUTE (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389048) e recepire le informazioni relative alla documentazione da produrre ai fini della valutazione medica finale;
- 2) produrre il fascicolo di richiesta di apertura del SINISTRO, da spedire a: UNISALUTE S.P.A. - servizi di liquidazione - Via Larga, 8 - 40138 Bologna - a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno.

Tale fascicolo deve contenere:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'ASSICURATO, indicandone esordio e termine. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);

- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'ASSICURATO;
- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- qualora l'ASSICURATO abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla SOCIETÀ tutta la DOCUMENTAZIONE SANITARIA in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

UNISALUTE ha la facoltà di sottoporre il cliente ad una o più visite medico legali.

Se lo stato di non autosufficienza è riconosciuto consolidato, le garanzie di POLIZZA non si attivano.

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

In risposta, UNISALUTE invierà un questionario al Medico curante od ospedaliero tramite l'ASSICURATO o un suo rappresentante.

Tale questionario dovrà essere compilato dal Medico curante od ospedaliero in collaborazione con la o le persone che si occupano effettivamente del malato. Il medico dovrà inoltre fornire un rapporto che contenga i resoconti di RICOVERO e il risultato degli esami complementari effettuati.

Fermo restando che il riconoscimento dello stato di non autosufficienza verrà effettuato in base ai criteri previsti dal presente Art. - Stato di non autosufficienza temporanea, punto a):

- se l'ASSICURATO è mantenuto al suo domicilio e se beneficia delle prestazioni di un servizio di cure o di RICOVERO a domicilio, dovrà essere prodotta idonea DOCUMENTAZIONE SANITARIA.
- se l'ASSICURATO è ricoverato in lunga degenza, in un reparto di cure mediche o in un istituto specializzato, dovrà essere presentato un certificato medico, redatto dal medico ospedaliero, da cui si desuma la data d'ingresso e le patologie che hanno reso necessario il RICOVERO. Anche in questo caso dovrà essere prodotta idonea DOCUMENTAZIONE SANITARIA.

Tutta la documentazione, comprensiva del questionario compilato dal medico dell'ASSICURATO, dovrà essere inviata ad UNISALUTE.

Quest'ultima, analizzata la suddetta documentazione, valuterà se:

- richiedere ulteriori informazioni se gli elementi che descrivono la non autosufficienza dell'ASSICURATO sembrano insufficienti;
- ritenere accertato lo stato di non autosufficienza temporaneo dell'ASSICURATO.

UNISALUTE **avrà sempre** la possibilità di fare verificare lo stato di non autosufficienza dell'ASSICURATO da parte di un Medico di propria fiducia e di condizionare la prosecuzione della liquidazione delle prestazioni in contratto all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Il diritto dell'ASSICURATO al riconoscimento di quanto pattuito in POLIZZA, con le modalità di cui agli Artt. 59 – Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in assistenza diretta punto c) e 63 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in assistenza diretta, decorre dal momento in cui la SOCIETÀ considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione dello Stato di non autosufficienza temporaneo dell'ASSICURATO.

c) Accertamento del perdurante stato di non autosufficienza

UNISALUTE si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, eventualmente alla presenza del Medico curante dell'ASSICURATO, a controlli presso l'ASSICURATO e in particolare di farlo esaminare da un Medico di sua scelta. Potrà inoltre richiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessaria per valutare lo stato di salute dell'ASSICURATO.

In caso di rifiuto da parte dell'ASSICURATO di sottoporsi ad un controllo o d'inviare i documenti richiesti, il pagamento della SOMMA ASSICURATA potrà essere sospeso dalla data della richiesta di UNISALUTE.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 51 - Condizioni di assicurabilità per stati di non autosufficienza temporanea

Ai fini dell'operatività della garanzia, le persone assicurate non devono rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità:

- 1) avere, al momento della denuncia del SINISTRO, bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli ATTI ORDINARI DELLA VITA di seguito indicati:
 - spostarsi;
 - lavarsi;
 - vestirsi;
 - nutrirsi;
- 2) essere in diritto, aver richiesto o essere stato riconosciuto invalido civile nella misura di almeno il 40%;
- 3) essere affetti dalla MALATTIA di Alzheimer, di Parkinson e Parkinsonismi, dalla sclerosi a placche, dalla sclerosi laterale amiotrofica, da demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci;
- 4) essere affetti da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica.

Art. 52 - Esclusioni

Limitatamente alle prestazioni previste dalla presente garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni" **in aggiunta alle esclusioni Artt. 34 e 47 - Esclusioni dall'assicurazione, l'ASSICURAZIONE non è operante per le conseguenze:**

- a) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- b) dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'ASSICURATO con dolo;
- c) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- d) di guerra civile o straniera, di tumulti, di rissa, di atti di terrorismo nei quali l'ASSICURATO ha avuto parte attiva, con la precisazione che i casi di legittima difesa e di ASSISTENZA a persona in pericolo sono garantiti;
- e) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
- f) di infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting, l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione a gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- g) del rifiuto di seguire le prescrizioni mediche: con ciò si intende che l'ASSICURATO di sua volontà non ha consultato i medici o non ha seguito le indicazioni degli stessi al fine di migliorare il proprio stato di salute;
- h) di prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i) di partecipazione attiva dell'ASSICURATO ad atti criminali;
- j) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'ASSICURATO;
- k) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale;
- l) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici.

Art. 53 - Denuncia del sinistro

Premesso che la SOCIETÀ ha conferito ad UNISALUTE S.P.A. specifico mandato alla trattazione dei sinistri e al pagamento delle relative spese l'ASSICURATO o chi per esso, per usufruire della prestazione sanitaria di cui necessita e risultante dalla prescrizione medica, può utilizzare:

- i servizi on-line o via internet www.arcassicura.it o attraverso l'utilizzo della App UNISALUTE scaricabile gratuitamente da Google Play, da APP Store o Windows Store che consentono di:
 - 1) consultare la rete delle strutture sanitarie convenzionate;
 - 2) prenotazioni, visite ed esami;
 - 3) aggiornare i propri dati personali;
 - 4) denunciare un SINISTRO o verificare lo stato di un SINISTRO.
- **la CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE:** numero verde gratuito 800 822479 (dall'estero numero non gratuito 0039 051 6389046) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30
- rivolgersi a struttura sanitaria non convenzionata (ASSISTENZA indiretta) sostenendone la spesa di cui potrà chiedere il rimborso.

Nel caso di ASSICURAZIONE di un NUCLEO FAMILIARE: il Titolare dell'Area Clienti è il primo fra gli assicurati elencati in POLIZZA, il quale potrà accedere ai relativi servizi dopo aver completato la procedura di registrazione. Eventuali familiari assicurati potranno accedere all'Area Clienti con le credenziali del Titolare, senza necessità di personale registrazione.

Nel caso di ASSICURAZIONE dei collaboratori di una impresa: ogni ASSICURATO è Titolare di una propria Area Clienti, accessibile dopo aver completato la procedura di registrazione.

Il Titolare dell'Area Clienti potrà effettuare la registrazione dal sito internet di Arca Assicurazioni, www.arcassicura.it entrando nella pagina di "orizzonte SALUTE Nuova Edizione" dal link "Prodotti".

Art. 54 - Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

L'ASSICURATO è tenuto a:

- contattare UNISALUTE come specificato di seguito in base alla modalità di utilizzo della copertura: **ASSISTENZA diretta e/o ASSISTENZA indiretta;**
- mettere a disposizione di UNISALUTE ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare il SINISTRO;
- presentare ogni elemento che possa permettere la verifica del diritto alla liquidazione delle spese (generalità, estremi identificativi del contratto, documentazione insorgenza della MALATTIA, ecc.);
- fornire tutta la DOCUMENTAZIONE SANITARIA in copia fotostatica, o in originale se richiesta, necessaria a consentire a UNISALUTE le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari.

Prestazioni sanitarie urgenti: nel caso di motivi di urgenza sanitaria certificati dalla struttura sanitaria, nell'impossibilità di contattare preventivamente la CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE, l'ASSICURATO potrà comunque rivolgersi a strutture sanitarie convenzionate; le relative spese verranno liquidate con le modalità previste dall'Art. 60 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA diretta, lettere a) e b).

Salvi i casi di urgenza, qualora l'ASSICURATO utilizzi una STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA con UNISALUTE senza avere avuto preventivamente l'autorizzazione da parte della CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, le spese sostenute verranno rimborsate con le modalità indicate **all'Art. 61 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA indiretta"**.

Si precisa, inoltre, che il rimborso delle spese a fine cura di quanto spettante all'ASSICURATO viene effettuato a cura ultimata e previa consegna a UNISALUTE della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'INDENNIZZO sarà pagato in Euro ma, relativamente alle prestazioni fruite dall'ASSICURATO al di fuori del territorio italiano, gli importi in valuta estera saranno convertiti in Euro al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

Inoltre, 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. 55 - Inadempimento degli obblighi

L'inadempimento in tutto o in parte degli obblighi di cui sopra può comportare in caso di dolo la perdita del diritto all'indennità o, diversamente, una riduzione della stessa ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

Art. 56 - Gestione documentazione di spesa; estratto conto sinistri

La documentazione di spesa ricevuta da UNISALUTE in copia fotostatica viene conservata e allegata ai sinistri come previsto per legge. Qualora UNISALUTE dovesse avvalersi della facoltà di richiedere la produzione degli originali, la stessa documentazione verrà restituita all'ASSICURATO a spese di UNISALUTE.

UNISALUTE, al fine di mantenere aggiornato l'ASSICURATO in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- **riepilogo periodico delle richieste di rimborso** in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese precedente l'invio;
- **riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa** presentata nel corso dell'ANNO con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'ASSICURATO;
- **estratto conto online.**

Art. 57 - Altre assicurazioni

Qualora l'ASSICURATO abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo SINISTRO, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'ASSICURATO verrà liquidato, nel rispetto di limiti scoperti e franchigie previste nella presente alle singole garanzie e in base anche alle modalità di erogazione della prestazione assicurata (ASSISTENZA diretta o indiretta), al netto di quanto già rimborsato da terzi il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

Art. 58 - Controversie e arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da 3 (tre) medici. I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

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

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo Arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale. Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

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

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

Art. 59 - Mediazione per la conciliazione delle controversie

Il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Tale decreto ha previsto la possibilità, per la risoluzione di controversie civili anche in materia di contratti assicurativi, di rivolgersi ad un Organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Nel caso in cui il CONTRAENTE o l'ASSICURATO intendano avvalersi di tale possibilità, potranno far pervenire la richiesta di mediazione, depositata presso uno di tali organismi, alla sede legale di Arca Assicurazioni S.p.A., Servizio Sinistri, Via del Fante 21, 37122 Verona, anche a mezzo posta elettronica all'indirizzo mediazione.civile@arcavita.it ovvero a mezzo fax al n° 045.8192371.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 2 - PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA CHE ABBIANO RESO NECESSARIO UN RICOVERO IN UN ISTITUTO DI CURA E PER LA SEZIONE 3 - PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A INFORTUNIO O MALATTIA IN ASSENZA DI RICOVERO

Art. 60 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in assistenza diretta

L'ASSICURATO deve sempre preventivamente contattare UNISALUTE tramite servizi on-line oppure tramite la CENTRALE OPERATIVA, specificando la richiesta. UNISALUTE, dopo aver accertato la regolarità assicurativa (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) autorizzerà la prestazione:

a) Sinistri in ASSISTENZA diretta: prestazioni sanitarie erogate tramite strutture sanitarie convenzionate (escluse le prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

L'ASSICURATO all'atto dell'effettuazione della prestazione, dovrà presentare alla struttura convenzionata i **seguenti documenti**:

- documento comprovante la propria identità;
- la prescrizione del medico curante contenente la natura della MALATTIA accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/ o terapeutiche richieste.

In caso di RICOVERO l'ASSICURATO dovrà sottoscrivere:

- al momento dell'ammissione nell'ISTITUTO DI CURA, la lettera d'impegno, con cui si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dall'ASSICURAZIONE;
- all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione delle prestazioni sanitarie ricevute.

In caso di prestazione senza RICOVERO, 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 sulla base delle Condizioni di ASSICURAZIONE. 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 la SOMMA ASSICURATA o non autorizzate, scoperti o minimi non indennizzabili a carico dell'ASSICURATO.

b) SINISTRI in ASSISTENZA diretta: prestazioni sanitarie odontoiatriche/ortodontiche erogate tramite strutture sanitarie convenzionate

Prima della erogazione della prestazione sanitaria la CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE dovrà essere contattata dal centro odontoiatrico, al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della "**PRESA IN CARICO**" cioè del documento con cui UNISALUTE autorizza il Centro odontoiatrico ad effettuare le prestazioni sanitarie cui l'ASSICURATO stesso ha diritto.

In occasione del primo contatto presso il Centro odontoiatrico convenzionato il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà:

- **la SCHEDA ANAMNESTICA** relativa all'apparato masticatorio dell'ASSICURATO, in ogni sua parte;
- **il PIANO TERAPEUTICO** cioè l'elenco delle eventuali prestazioni necessarie condiviso con l'ASSICURATO.

Il dentista invierà ad UNISALUTE tali documenti corredati anche di referti, radiografie ed ogni altra documentazione medica disponibile utile al fine della valutazione delle prestazioni sanitarie in esame.

Successivamente all'esame di tale documentazione UNISALUTE provvederà ad inviare alla struttura convenzionata **la "PRESA IN CARICO" cioè il documento con cui vengono definite ed autorizzate le prestazioni sanitarie assicurate a termini di POLIZZA**. La "PRESA IN CARICO" varrà nei limiti temporali nella stessa indicati, fino alla concorrenza delle somme assicurate e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'ASSICURATO dovrà presentare alla struttura convenzionata:

- un documento comprovante la propria identità;

- sottoscrivere la LETTERA D'IMPEGNO cioè il documento con cui si impegna a versare alla struttura convenzionata eventuali importi di spesa che resteranno a suo carico in quanto non coperti dall'ASSICURAZIONE.

UNISALUTE provvederà, nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'ASSICURATO delega UNISALUTE a pagare le strutture/medici convenzionati/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 restanti a suo carico per prestazioni non completamente pagate da UNISALUTE, non contenute nelle garanzie di POLIZZA, eccedenti la SOMMA ASSICURATA, non prese in carico.

UNISALUTE dichiara che nel caso di erogazione da parte dal Centro odontoiatrico convenzionato di prestazioni sanitarie non rientranti nel documento di PRESA IN CARICO ma autorizzate preventivamente dall'ASSICURATO, **le relative spese, a suo carico, verranno calcolate sulla base delle tariffe applicate da UNISALUTE per prestazioni similari.**

c) Personale non convenzionato operante in struttura convenzionata

Qualora venga effettuata in una struttura convenzionata una qualsiasi prestazione sanitaria da parte di personale non convenzionato, tutte le spese sostenute dall'ASSICURATO che dovranno essere preventivamente autorizzate e riportate nella LETTERA D'IMPEGNO da lui firmata, verranno liquidate alle condizioni generali del presente contratto e con le modalità previste per i sinistri in ASSISTENZA indiretta cioè come regolato dall'Art. 61 – Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA indiretta lettere a) e b).

Art. 61 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in Assistenza indiretta

L'ASSICURATO può scegliere di optare per una struttura o un medico non convenzionato e rivolgersi a UNISALUTE per ottenere il rimborso nei limiti previsti dalla POLIZZA.

a) Sinistri in ASSISTENZA indiretta: prestazioni sanitarie erogate tramite strutture non convenzionate (escluse le prestazioni odontoiatriche/ortodontiche)

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'ASSICURATO, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare direttamente alla sede di UNISALUTE S.P.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia di SINISTRO debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di RICOVERO copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale e di tutta la documentazione medica relativa alle prestazioni sanitarie effettuate nei periodi pre e post (come definiti in POLIZZA) il RICOVERO, DAY HOSPITAL, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE, ad essi connesse che dovrà essere inviata unitamente a quella dell'evento a cui si riferisce;
- in caso di INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE dovrà essere inviata anche copia completa della documentazione clinica, conforme all'originale;
- in caso di prestazioni extra-RICOVERO, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento.

Inoltre, l'ASSICURATO, a fronte di specifica richiesta da parte di UNISALUTE, dovrà produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Ai fini di una corretta valutazione del SINISTRO o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, UNISALUTE avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione che si impegna a restituire a sue spese.

b) Sinistri ASSISTENZA indiretta: prestazioni odontoiatriche/ortodontiche erogate da strutture sanitarie non convenzionate

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'ASSICURATO, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare direttamente a UNISALUTE S.P.A.

Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la seguente documentazione:

- modulo di denuncia di SINISTRO debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di prestazioni diagnostiche, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento; nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate e il relativo costo. Inoltre, l'ASSICURATO, a fronte di specifica richiesta da parte di UNISALUTE, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso;
- SCHEDA ANAMNESTICA redatta in ogni sua parte e sottoscritta dal medico curante.

Art. 62 - Servizi del Servizio Sanitario Nazionale

Per i ricoveri e le prestazioni extra-RICOVERO effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le modalità indicate ai precedenti Artt.:

- dall'Art. 60 – Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA diretta lettere a) e b);
- dall'Art. 61 – Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA indiretta lettere a) e b).

INDENNITÀ SOSTITUTIVA: nel caso di richiesta di corresponsione dell'INDENNITÀ SOSTITUTIVA, l'ASSICURATO dovrà presentare il modulo di denuncia del SINISTRO corredato da copia della cartella clinica conforme all'originale.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE 4 - STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI

Art. 63 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in Assistenza diretta

Sinistri in ASSISTENZA diretta: Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni

Qualora l'ASSICURATO richieda l'attivazione del servizio di ASSISTENZA, anche domiciliare, avvalendosi quindi di strutture e/o di personale sanitario convenzionati con UNISALUTE, la stessa provvederà a liquidare direttamente a tali soggetti le competenze per le prestazioni assistenziali autorizzate.

La struttura e/o il personale sanitario convenzionati non potranno 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 di UNISALUTE.

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui UNISALUTE considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'ASSICURATO.

Art. 64 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in Assistenza indiretta

Sinistri in ASSISTENZA indiretta: Stati di non autosufficienza temporanea per assicurati con età minima 18 anni

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'ASSICURATO, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare direttamente alla sede di UNISALUTE S.P.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria:

- il modulo di attivazione della garanzia compilato e firmato;
- il modulo di informativa al cliente sull'uso dei suoi dati e i suoi diritti firmato in calce;
- certificato del Medico curante o del Medico ospedaliero che espone lo stato di non autosufficienza dell'ASSICURATO e la relativa data d'insorgenza. Dovrà, inoltre, precisare l'origine incidentale o patologica dell'affezione o delle affezioni. I resoconti di eventuali ricoveri ed il risultato degli esami complementari effettuati. In caso di deterioramento intellettuale dovranno essere prodotti precisi elementi descrittivi (test MMS di Folstein);
- questionario dello stato di non autosufficienza compilato dal Medico curante o ospedaliero in collaborazione con la persona o le persone che si occupano effettivamente dell'ASSICURATO;

- inoltre, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento – invalidità civile al SSN è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito;
- qualora l'ASSICURATO abbia sostenuto uno o più ricoveri, è necessario inviare alla SOCIETÀ tutta la DOCUMENTAZIONE SANITARIA in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

Dovrà inoltre contenere le fatture e/o ricevute relative alle prestazioni di ASSISTENZA sanitaria. Nel caso in cui l'ASSICURATO sia assistito in modo continuativo da una badante, dovrà essere prodotta la documentazione idonea a comprovare l'esistenza del rapporto di lavoro.

Il pagamento di quanto spettante all'ASSICURATO viene effettuato su presentazione ad UNISALUTE della documentazione di spesa (distinte e ricevute) debitamente quietanzata. Inoltre, l'ASSICURATO, a fronte di specifica richiesta da parte di UNISALUTE, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Per i sinistri avvenuti all'estero, i rimborsi verranno effettuati in Italia, in valuta italiana, al cambio medio della settimana in cui è stata sostenuta la spesa, ricavato dalle quotazioni della Banca d'Italia.

L'erogazione della prestazione decorrerà dal momento in cui la SOCIETÀ considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'ASSICURATO.

Allegato 1 - Elenco dei grandi interventi chirurgici

NEUROCHIRURGIA

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

OCULISTICA

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

OTORINOLARINGOIATRIA

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

CHIRURGIA DEL COLLO

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

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

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

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

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

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

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

UROLOGIA

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

GINECOLOGIA

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

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

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

TRAPIANTI DI ORGANO

- Tutti

Allegato 2 - Alta specializzazione

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) (“anche digitale”)

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

Accertamenti

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

Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Allegato 3 – Interventi chirurgici specifici: Assistenza indiretta

INTERVENTO CHIRURGICO	SOMMA ASSICURATA per ogni intervento
Isteroscopia operativa	€ 2.500,00
Rinosettoplastica	€ 2.500,00
Cataratta	€ 2.500,00
Rimozione mezzi di sintesi	€ 2.500,00
Interventi a carico dell'ano	€ 3.500,00
Ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 3.500,00
Interventi sul piede	€ 3.500,00
Interventi chirurgici a carico di spalla e ginocchio, non per protesi	€ 5.500,00
Asportazione cisti ovariche	€ 5.500,00
Miomectomia	€ 5.500,00
Colecistectomia	€ 5.500,00
Cistectomia	€ 5.500,00
Riduzione e sintesi fratture singole o multiple	€ 5.500,00
Quadrantectomia	€ 8.000,00
Isterectomia	€ 8.000,00
Ernia del disco	€ 8.000,00
Tiroidectomia	€ 8.000,00
Interventi per protesi (anca, spalla, ginocchio)	€ 8.000,00
Interventi sulla prostata	€ 8.000,00
Interventi su fegato, pancreas, esofago, stomaco, colon, intestino e retto per via laparoscopica o laparotomia, eccetto interventi di appendicectomia	€ 11.000,00
Interventi chirurgici sul cuore e sulle arterie coronariche per via toracotomica o percutanea	€ 11.000,00
Interventi per via craniotomica	€ 11.000,00
Interventi sull'apparato respiratorio per via toracotomica	€ 11.000,00
Nefrectomia	€ 11.000,00

Codice Civile

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

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

L'assicuratore decade dal diritto d'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 volere esercitare l'impugnazione.

L'assicuratore ha diritto ai premi relativi al periodo di assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al premio convenuto per il primo anno. Se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine indicato dal comma precedente, egli non è tenuto a pagare la somma assicurata.

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

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

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

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

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

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

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

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

Il Recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo 15 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 per la comunicazione e per l'efficacia del recesso, l'assicuratore non risponde qualora l'aggravamento del rischio sia tale che egli non avrebbe consentito la 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. 1910 - Assicurazione presso diversi assicuratori

Se per il medesimo rischio sono contratte separatamente più assicurazioni presso diversi assicuratori, l'assicurato deve dare avviso di tutte le assicurazioni a ciascun assicuratore. Se l'assicurato omette dolosamente di dare l'avviso, gli assicuratori non sono tenuti a pagare l'indennità.

Nel caso di Sinistro, l'assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori a norma dell'art. 1913, 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 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 il sinistro si è verificato o l'assicurato ne ha avuta 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 constatazione del sinistro.

Nelle assicurazioni contro la mortalità del bestiame l'avviso, salvo patto contrario, deve essere dato entro ventiquattro ore.

Art. 1915 - Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio

L'assicurato che dolosamente non adempie l'obbligo dell'avviso o del salvataggio perde il diritto all'indennità.

Se l'assicurato omette colposamente di adempiere tale obbligo, l'assicuratore ha diritto di ridurre l'indennità in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 2952 - Prescrizione in materia di assicurazione

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ad esclusione del contratto di assicurazione sulla vita i cui diritti si prescrivono in dieci anni.

Nell'assicurazione della responsabilità civile, il termine decorre dal giorno in cui il terzo ha richiesto il risarcimento all'assicurato o ha promosso contro di questo l'azione.

La comunicazione all'assicuratore della richiesta del terzo danneggiato o dell'azione da questo proposta sospende il corso della prescrizione finché il credito del danneggiato non sia divenuto liquido ed esigibile oppure il diritto del terzo danneggiato non sia prescritto.

La disposizione del comma precedente si applica all'azione del riassicurato verso il riassicuratore per il pagamento dell'indennità.

orizzonte SALUTE Nuova Edizione

Assicurazione Sanitaria

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

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

Gentile Cliente, ai sensi degli Artt. 13 e 14 del Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi richiesti o previsti in Suo favore dobbiamo raccogliere ed utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la natura del contratto lo preveda, il trattamento potrà riguardare anche dati di altri eventuali soggetti interessati indicati nello stesso, per le finalità e nei termini di seguito riportati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO. Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e cellulare e indirizzo di posta elettronica, coordinate bancarie, sinistri con altre Compagnie, informazioni socio-economiche quali dati reddituali, proprietà di beni immobili e mobili registrati, informazioni sulla Sua eventuale attività d'impresa, informazioni sull'affidabilità creditizia) che Lei stesso o altri soggetti (1) ci fornite; tra questi ci possono essere anche categorie particolari di dati personali (2), ove necessari per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi. Solo qualora sia previsto l'utilizzo della firma elettronica grafometrica fornita dalla Sua Banca collocatrice per la sottoscrizione del contratto assicurativo, e Lei abbia espressamente acconsentito alla sottoscrizione con tale modalità, saranno altresì raccolti alcuni dati biometrici a Lei riferibili, quali la velocità con cui si esegue la firma, la pressione esercitata, l'accelerazione dei movimenti, il ritmo e l'inclinazione, che saranno associati informaticamente in formato crittografato alla Sua polizza ed in tal modo trattati dalla Compagnia unicamente per la conservazione a norma dei predetti documenti.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI. I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa, quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da Lei richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi ed elaborazione dei dati (esclusi quelli particolari) a fini tariffari e statistici, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, informazioni commerciali e creditizie.

In relazione alle finalità di cui al punto (i), il trattamento dei Suoi dati risulta dunque necessario sia per l'esecuzione delle attività precontrattuali da Lei richieste, nonché per il perfezionamento ed esecuzione del contratto assicurativo (3), sia per l'adempimento dei collegati obblighi legali e normativi previsti in ambito assicurativo, ivi incluse le disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza (4). Il trattamento dei Suoi dati è inoltre necessario per il perseguimento, da parte della nostra Società, delle altre Società del nostro Gruppo e dei terzi destinatari nell'ambito della catena assicurativa (si vedano le note 7 e 8), dei legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv). Potremo invece trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute o dati biometrici crittografati necessari per la sottoscrizione mediante firma elettronica grafometrica) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso (5).

Il conferimento dei Suoi dati per le predette finalità è quindi necessario per la stipula della polizza e per fornirLe i servizi richiesti, ed in alcuni casi risulta obbligatorio per contratto o per legge. Per cui, il mancato rilascio dei dati necessari e/o obbligatori per le suddette finalità, potrebbe impedire il perfezionamento del contratto o la fornitura delle prestazioni contrattuali da Lei richieste. Mentre il rilascio di taluni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti, indicato come facoltativo, può risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio, ma non incide sulle prestazioni richieste. La informiamo inoltre che alcuni dei dati personali da Lei forniti (nome, cognome, numero di polizza, indirizzo e-mail) saranno trattati dalla nostra Società al fine di identificarLa ed inviarLe comunicazioni inerenti le modalità di accesso all'area personale "My Arca", all'indirizzo www.arcassicura.it a Lei riservata per la fruizione di alcuni servizi a Lei dedicati. I medesimi dati potranno essere utilizzati, in caso di attività di assistenza tecnica, per la gestione delle problematiche relative all'accesso o alla consultazione della suddetta area. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.

I Suoi indirizzi (di residenza e di posta elettronica) potranno essere eventualmente utilizzati anche per inviarLe, via posta cartacea o elettronica, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi nostri e di altre Compagnie del Gruppo, salvo che Lei non si opponga, subito o anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in Quali sono i Suoi diritti). In particolare, previo Suo consenso, i Suoi dati saranno utilizzati per finalità di invio newsletter e materiale pubblicitario, di vendita diretta, di compimento di ricerche di mercato e analisi dei dati per rilevare la qualità dei servizi o le esigenze e preferenze della clientela, per comunicazioni commerciali attinenti ai suddetti servizi e prodotti, mediante le seguenti tecniche di comunicazione a distanza: posta, telefono, sistemi anche automatizzati di chiamata, messaggi su applicazioni web, e-mail, fax e SMS o MMS.

A CHI COMUNICHIAMO I SUOI DATI. I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione e potranno essere conosciuti solo dal personale autorizzato 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. Tali soggetti operano quali responsabili del trattamento per nostro conto (6).

I Suoi dati potranno essere comunicati ad altre società del Gruppo Unipol (7) a fini amministrativi interni e per il perseguimento di legittimi interessi correlati allo svolgimento delle attività relative alle finalità di ai predetti punti (ii), (iii) e (iv). Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. I Suoi dati potranno essere inoltre comunicati 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 (8) (si veda anche nota 4).

La informiamo che nel contesto della liquidazione di polizze appartenenti al ramo vita, i dati personali del beneficiario, entro i limiti di quanto strettamente necessario e ricorrendone i presupposti, potranno essere comunicati al/agli eredi del contraente che abbiano la qualifica di legittimari, in base a quanto stabilito tempo per tempo dall'Autorità Garante per i dati personali ovvero dall'Autorità giudiziaria.

COME TRATTIAMO E QUANTO CONSERVIAMO I SUOI DATI. I Suoi dati personali saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e custoditi mediante adozione di adeguate misure organizzative, tecniche e di sicurezza e conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 25 anni), nonché in caso di eventuali contestazioni e controversie, per i termini di prescrizione dei relativi diritti.

I Suoi dati potranno, altresì, essere oggetto di elaborazione per il tramite di sistemi di intelligenza artificiale, in particolare per finalità statistiche, di verifica documentale, di facilitazione assistenza clienti nonché di prevenzione o accertamento di frodi assicurative. L'utilizzo dei suddetti sistemi non comporterà in ogni caso l'assunzione di una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato.

Inoltre, Le precisiamo che, al fine di migliorare e rendere più affidabili i sistemi di intelligenza artificiale, la Compagnia potrà utilizzare i Suoi dati durante sessioni di addestramento del suddetto sistema. Tale trattamento avviene sulla base di un legittimo interesse della Compagnia, rivolto ad assicurare il più alto livello di prestazione dei propri sistemi e degli strumenti organizzativi della propria attività, avendo operato un bilanciamento tra gli interessi della Compagnia e i diritti e le libertà fondamentali degli interessati.

QUALI SONO I SUOI DIRITTI. La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, nonché di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la portabilità dei dati da Lei forniti, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20). La normativa sulla privacy Le attribuisce altresì il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei dati, se ne ricorrono i presupposti, e l'opposizione al loro trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare, nonché il diritto di revocare il Suo consenso prestato per le finalità di trattamento che lo richiedono (come l'utilizzo di dati relativi alla salute), ferma restando la liceità del trattamento effettuato sino al momento della revoca. Titolare del trattamento dei Suoi dati è Arca Vita S.p.A. (www.arcassicura.it) con sede legale in Via del Fante 21 - 37122 Verona. Il "Responsabile per la protezione dei dati" del Gruppo Unipol, per il tramite del "Supporto DPO" della Compagnia, è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di Arca Vita S.p.A., al recapito privacy@arcassicura.com, al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati (si veda nota 8). Inoltre, collegandosi al sito www.arcassicura.it nella sezione Privacy, ovvero recandosi presso il Suo intermediario di fiducia, troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi. Resta fermo il Suo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei Suoi dati personali e dei Suoi diritti in materia.

Note

1) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione e banche distributrici ecc.), da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altre banche dati e soggetti pubblici; 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 e creditizie - in particolare tramite società terze che gestiscono Sistemi di Informazioni Creditizie - SIC, relativi cioè a richieste e rapporti di finanziamento, a cui partecipano banche e società finanziarie.

2) Quali ad esempio i dati idonei a rivelare lo stato di salute, acquisiti ai fini della stipula di polizze (vita, infortuni, malattia) che richiedono la verifica delle condizioni di salute di una persona o nell'ambito del rimborso di spese mediche o della liquidazione di sinistri con danni alla persona.

3) 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 l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la conservazione a norma della documentazione di polizza; per la prevenzione e l'accertamento, 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'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

4) Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali (ad esempio in forza della Legge n. 95/2015 di (a) ratifica dell'Accordo tra Stati Uniti d'America e Repubblica italiana in materia di recepimento della normativa FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act e (b) ratifica degli accordi tra Italia ed altri Stati esteri per l'attuazione di uno scambio automatico di informazioni finanziarie a fini fiscali tra gli stessi tramite lo standard di comunicazione "Common Reporting Standard" o "CRS"), (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infortuni e la Banca Dati SITA ATRC sugli Attestati di Rischio gestita da ANIA. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per la protezione dei dati.

5) Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

6) Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di conservazione digitale a norma; 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.

7) Arca Assicurazioni S.p.A., Arca Sistemi S.c.ar.l., Arca Inlinea S.c.ar.l. e altre società del Gruppo Assicurativo Unipol con capogruppo Unipol Assicurazioni S.p.A cui è affidata la gestione di alcuni servizi condivisi. Per ulteriori informazioni si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Assicurazioni S.p.A. www.unipol.com.

8) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti (ad esempio nell'ambito della garanzia assistenza), in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali, investigatori privati; autofficine; 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 (come ad es. CONSAP); 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 la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.