


ACUORE

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: ACUORE

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 offre una copertura sanitaria in caso di infortunio o malattia, che comporti o meno un 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 e delle coperture di Assistenza in Italia e all'estero. Con questa polizza è possibile assicurare fino a 10 persone.



Che cosa è assicurato?

La polizza prevede la scelta da parte del contraente, in alternativa tra le garanzie offerte dal modulo ACUORE SUPER e le garanzie offerte dal modulo ACUORE SMART, con l'abbinamento sempre operante del modulo ACUORE ASSISTENZA.

✓ MODULO ACUORE SUPER

- Ricovero a seguito di malattia o infortunio: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero in Istituto di cura.
- Visite e trattamenti: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia per prestazioni sanitarie.
- Prestazioni odontoiatriche: è previsto un "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate nonché una serie di prestazioni odontoiatriche e interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero.
- Prevenzione: in base alla fascia d'età dell'assicurato sono previste delle prestazioni di prevenzione.
- Stati di non autosufficienza temporanea: garantisce all'assicurato, con età minima 18 anni il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea

✓ MODULO ACUORE SMART:

- Ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC): sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia che abbiano reso necessario un ricovero per Grande Intervento Chirurgico (GIC).
- Visite e trattamenti: sono assicurate le spese sostenute dall'assicurato in conseguenza di infortunio o malattia per prestazioni sanitarie.
- Prestazioni odontoiatriche: è previsto un "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in strutture sanitarie convenzionate
- Prevenzione: sono previste delle prestazioni di prevenzione da effettuare una volta all'anno
- Stati di non autosufficienza temporanea: garantisce all'assicurato, con età minima 18 anni, il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza in caso di riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea.

✓ MODULO ACUORE ASSISTENZA: garantisce all'assicurato l'erogazione di servizi di consulenza e assistenza in Italia e all'estero.

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



Che cosa NON è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone fisiche oltre il 70esimo anno di età.



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 mediche con finalità estetiche (chirurgia plastica).
- ! Cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici, compresi i comportamenti nevrotici.

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).



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.
- L'assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti alla 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.

In caso di vendita mediante tecniche di comunicazione a distanza, il contraente può recedere dal contratto esercitando il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla definizione del contratto tramite comunicazione esplicita all'intermediario o alla Compagnia.

Nel caso in cui il contratto sia stato sottoscritto tramite una piattaforma online tale comunicazione può essere inviata anche digitalmente utilizzando la medesima piattaforma. In tutti questi casi hai diritto al rimborso del premio corrisposto al netto delle imposte.

Assicurazione Sanitaria

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


ARCA ASSICURAZIONI

Prodotto: ACUORE

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

MODULO ACUORE SUPER:

Parte a - ricovero a seguito di malattia o infortunio:

"Ricovero in un istituto di cura": Sezione 2, Art. 22, pg. 14 di 75

"Trasporto sanitario": Sezione 2, Art. 23, pg. 15 di 75

"Day Hospital": Sezione 2, Art. 24, pg. 15 di 75

"Intervento chirurgico ambulatoriale": Sezione 2, Art. 25, pg. 16 di 75

"Trapianti": Sezione 2, Art. 26, pg. 16 di 75

"Parto e aborto": Sezione 2, Art. 27, pg. 16 di 75

"Ricovero del neonato": Sezione 2, Art. 28, pg. 17 di 75

"Rimpatrio della salma": Sezione 2, Art. 29, pg. 17 di 75

"Interventi chirurgici specifici": Sezione 2, Art. 30, pg. 17 di 75

"Indennità sostitutiva": Sezione 2, Art. 31, pg. 17 di 75

"Ospedalizzazione domiciliare": Sezione 2, Art. 32, pg. 18 di 75

Parte B - Visite e trattamenti

"Cure oncologiche": Sezione 2, Art. 34, pg. 18 di 75

"Assistenza infermieristica domiciliare": Sezione 2, Art. 35, pg. 18 di 75

"Alta Specializzazione": Sezione 2, Art. 36, pg. 18 di 75

"Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (con omeopatia)": Sezione 2, Art. 37, pg. 19 di 75

"Prestazioni sanitarie sul nascituro": Sezione 2, Art. 38, pg. 20 di 75

"Trattamenti fisioterapici riabilitativi": Sezione 2, Art. 39, pg. 20 di 75

"Protesi/ausili ortopedici e acustici": Sezione 2, Art. 40, pg. 20 di 75

Parte C - Prestazioni odontoiatriche

"Prestazioni odontoiatriche particolari (Assistenza diretta)": Sezione 2, Art. 41, pg. 20 di 75

"Odontoiatria/ortodonzia": Sezione 2, Art. 42, pg. 21 di 75

"Cure dentarie da infortunio": Sezione 2, Art. 43, pg. 21 di 75

"Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero": Sezione 2, Art. 44, pg. 22 di 75

Parte D - Prevenzione

"Prevenzione obesità infantile": Sezione 2, Art. 45, pg. 23 di 75

"Prestazioni diagnostiche particolari": Sezione 2, Art. 46, pg. 23 di 75

"Prestazioni diagnostiche particolari specifiche per età": Sezione 2, Art. 47, pg. 24 di 75

"Sindrome metabolica: Assistenza diretta online": Sezione 2, Art. 48, pg. 24 di 75

"Diagnosi comparativa/Second Opinion": Sezione 2, Art. 49, pg. 25 di 75

Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

"Stati di non autosufficienza temporanea": Sezione 2, Art. 50, pg. 26 di 75

MODULO ACUORE SMART:

Parte A - ricovero per grande intervento chirurgico (GIC):

"Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC)": Sezione 3, Art. 61, pg. 35 di 75

"Trasporto sanitario per Grande Intervento Chirurgico (GIC)": Sezione 3, Art. 62, pg. 36 di 75

"Day Hospital per Grande Intervento Chirurgico (GIC)": Sezione 3, Art. 63, pg. 37 di 75

"Intervento chirurgico ambulatoriale per Grande Intervento Chirurgico (GIC)": Sezione 3, Art. 64, pg. 37 di 75

"Trapianti": Sezione 3, Art. 65, pg. 37 di 75

"Rimpatrio della salma": Sezione 3, Art. 66, pg. 37 di 75

"Indennità sostitutiva per Grande Intervento Chirurgico (GIC)": Sezione 3, Art. 67, pg. 37 di 75

"Ospedalizzazione domiciliare": Sezione 3, Art. 68, pg. 38 di 75

Parte B - Visite e trattamenti

"Cure oncologiche": Sezione 3, Art. 70, pg. 38 di 75

"Assistenza infermieristica domiciliare": Sezione 3, Art. 71, pg. 38 di 75

"Alta Specializzazione": Sezione 3, Art. 72, pg. 39 di 75

"Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (con omeopatia)": Sezione 3, Art. 73, pg. 39 di 75

"Protesi/ausili ortopedici e acustici": Sezione 3, Art. 74, pg. 40 di 75

Parte C - Prestazioni odontoiatriche

"Prestazioni odontoiatriche particolari (Assistenza diretta)": Sezione 3, Art. 75, pg. 40 di 75

Parte D – Prevenzione

"Prestazioni diagnostiche particolari": Sezione 3, Art. 76, pg. 41 di 75

"Diagnosi comparativa/Second Opinion": Sezione 3, Art. 77, pg. 41 di 75

Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

"Stati di non autosufficienza temporanea": Sezione 3, Art. 78, pg. 43 di 75

MODULO ACUORE ASSISTENZA:

Garanzie operanti in Italia

"Servizi di Assistenza e consulenza": Sezione 4, Art. 86, pg. 51 di 75

"Informazioni sanitarie telefoniche": Sezione 4, Art. 87, pg. 51 di 75

"Prenotazione di prestazioni sanitarie": Sezione 4, Art. 88, pg. 51 di 75

"Pareri medici immediati": Sezione 4, Art. 89, pg. 51 di 75

"Il veterinario risponde": Sezione 4, Art. 90, pg. 51 di 75

"Informazioni veterinarie telefoniche": Sezione 4, Art. 91, pg. 51 di 75

"Invio di un medico": Sezione 4, Art. 92, pg. 52 di 75

"Rientro dal ricovero di primo soccorso": Sezione 4, Art. 93, pg. 52 di 75

"Trasferimento in centro medico specializzato": Sezione 4, Art. 94, pg. 52 di 75

"Assistenza dell'animale in pensione a seguito di ricovero dell'assicurato": Sezione 4, Art. 95, pg. 52 di 75

Garanzie operanti dall'estero

"Viaggio di un familiare all'estero": Sezione 4, Art. 96, pg. 52 di 75

"Invio di medicinali urgenti all'estero": Sezione 4, Art. 97, pg. 53 di 75

"Rimpatrio sanitario": Sezione 4, Art. 98, pg. 53 di 75

"Interprete a disposizione": Sezione 4, Art. 99, pg. 53 di 75

"Rientro di minori": Sezione 4, Art. 100, pg. 53 di 75

"Rientro dall'estero": Sezione 4, Art. 101, pg. 53 di 75

"Rientro anticipato": Sezione 4, Art. 102, pg. 53 di 75

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Scontistiche per più assicurati: 2 assicurati: 10%; 3 assicurati: 15%; 4 assicurati: 25%; da 5 a 10 assicurati: 30 %, vedasi Sezione 1, Art. 10, pg. 11 di 75



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:

MODULO ACUORE SUPER e MODULO ACUORE SMART – 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 chirurgici 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 non opererà per differenziale tra gli occhi sia inferiore alle 4 diottrie, o in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio inferiore alle 9 diottrie; la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici; le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, 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 e i day hospital durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale; 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; il trattamento delle malattie e gli infortuni 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; 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), sport che prevedono immersioni subacquee con autorespiratore, sport per i quali vengono utilizzate armi da fuoco fuori da strutture attrezzate; 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 guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici; le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale e le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici; tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali. **MODULO ACUORE SUPER PARTE E e MODULO ACUORE SMART PARTE E** - Stato di non autosufficienza temporanea 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 e azioni delittuose commesse dall'ASSICURATO con dolo o colpa grave; 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; 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 e le cure a carattere sperimentale e i medicinali biologici; di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici; di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali. **MODULO ACUORE SUPER PARTE C** = **Odontoiatria/ortodonzia, Cure dentarie da Infortunio e Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero protesi estetiche;** trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche. **MODULO ACUORE SUPER PARTE A e MODULO ACUORE SMART PARTE A:** Ricovero in un istituto di cura – Rette di degenza spese volontarie; Post ricovero spese di natura alberghiera. **MODULO ACUORE SUPER PARTE A:** Day Hospital e **MODULO ACUORE SMART PARTE A:** Day Hospital per Grande Intervento Chirurgico (GIC) visite specialistiche, analisi cliniche e gli esami strumentali effettuati in DAY HOSPITAL ai soli fini diagnostici. **MODULO ACUORE SUPER PARTE B e MODULO ACUORE SMART PARTE B:** 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. **MODULO ACUORE SUPER PARTE B** Prestazioni sanitarie sul nascituro villocentesi. 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. **MODULO ACUORE SMART PARTE E e MODULO ACUORE SUPER PARTE E:** Stati di non autosufficienza temporanea eventi/sinistri tali da dare origine ad uno stato di non autosufficienza consolidata. **MODULO ACUORE ASSISTENZA:** Unisalute: non si assume responsabilità per danni conseguenti a un suo ritardato o mancato intervento dovuto a caso fortuito, causa di forza maggiore o a inesatte o incomplete informazioni fornite dall'assicurato; non riconosce rimborsi né importi compensativi relativi a coperture delle quali l'assicurato non ha usufruito per sua scelta o perché non ne ha avuto la necessità; non riconosce rimborsi, né indennizzi compensativi, per prestazioni organizzate da altre compagnie di assicurazione o da altri enti o che non siano state richieste, in fase di erogazione dell'assistenza, alla centrale operativa e da queste organizzate; non risponde dei fatti dolosi o colposi di professionisti dalla stessa incaricati di erogare le consulenze telefoniche ed è estranea a ogni eventuale controversia che insorgesse tra l'assicurato e tale professionista.

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 - MODULO ACUORE SUPER – PARTE B e MODULO ACUORE SMART – PARTE B: Protesi/ausili ortopedici e acustici: 20% minimo € 50,00. Alta specializzazione, Visite specialistiche e accertamenti diagnostici in assistenza indiretta: 20% minimo € 60,00. **MODULO ACUORE SUPER – PARTE B:** Trattamenti fisioterapici riabilitativi in assistenza indiretta: 20%. **MODULO ACUORE SUPER – PARTE C:** Odontoiatria/ortodonzia, Cure dentarie da infortunio; in assistenza diretta: 15%; in assistenza indiretta: 20% minimo di € 100,00. Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero in assistenza indiretta: 20% minimo € 100,00.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto ACUORE si rivolge ai contraenti persone fisiche e giuridiche che intendono assicurare una o più persone fisiche (con il limite di dieci), in relazione al rimborso di spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o malattia, nonché l'ottenimento di prestazioni di assistenza



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 21,33% 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.
----------------------------------	--

AI'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%. Assistenza: 10%. 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, né 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 ventunesimo 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 rilasciatagli, 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.

ACUORE

Assicurazione sanitaria



Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario


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

ACUORE è la soluzione assicurativa che offre a te e alle persone care una migliore assistenza sanitaria, grazie a una ricca gamma di coperture, prestazioni e servizi dedicati.

ACUORE nasce dalla collaborazione di Arca Assicurazioni con UniSalute, la Società del Gruppo Unipol specializzata nell'assicurazione sanitaria, che vanta una rete capillare in tutta Italia di strutture sanitarie e medici convenzionati per offrire i migliori e più adeguati servizi per la salute, in caso di malattia o infortunio.

Due moduli su misura per te:

-  **ACUORE SUPER:** Per te che desideri una copertura completa per infortuni e malattia con molteplici prestazioni mediche, con e senza ricovero. In più, per te, anche una serie di prestazioni mediche di prevenzione.
-  **ACUORE SMART:** Per te che desideri una copertura da infortuni e malattia soprattutto in caso di Grandi Interventi Chirurgici, assicurandoti una serie di importanti prestazioni mediche anche in assenza di ricovero.

Entrambi i moduli sono accompagnati dalla garanzia Assistenza  che offre una serie di prestazioni di consulenza e di assistenza.

ACUORE si adatta alle tue necessità sanitarie, puoi infatti scegliere tra:

- **Assistenza diretta:** le prestazioni vengono effettuate gratuitamente presso una struttura convenzionata e con medici convenzionati con UniSalute, prenotando direttamente con Unisalute.
- **Assistenza indiretta:** le prestazioni vengono effettuate presso una struttura o medico non convenzionati, anche SSN. Prenoti in autonomia la prestazione e poi chiedi il rimborso direttamente a UniSalute.


Nelle prossime pagine delle Condizioni di Assicurazione, che rappresentano gli impegni contrattuali che ci assumiamo nei tuoi confronti, abbiamo utilizzato dei box informativi che a titolo puramente esemplificativo, ti saranno utili per approfondire alcuni aspetti delle garanzie presenti nella polizza.

Tanti servizi a portata di click!

Con ACUORE accedi a una ricca serie di prestazioni di prevenzione e di cura con facilità e immediatezza.

- **APP UniSalute**
Prenota visite ed esami presso le strutture convenzionate 24h su 24h
- **MemoSalute**
Servizio via mail/sms di conferma e di memo dei prossimi appuntamenti, per ogni prenotazione effettuata in una struttura convenzionata
- **Sito web**
Consulta le strutture sanitarie convenzionate e prenota le prestazioni previste dalla tua polizza. Puoi inoltre richiedere i rimborsi, se non ti sei rivolto ad una struttura convenzionata, e valutare lo stato della sua richiesta di rimborso

HAI BISOGNO DI AIUTO?

 800-822479

Chiamare direttamente la **Centrale Operativa UniSalute** per gestire gli appuntamenti con le strutture sanitarie convenzionate, ricevere informazioni sulle tue garanzie o sulle strutture convenzionate

My ARCA

Vieni a scoprire la tua Area Riservata

Uno spazio dove potrai consultare la tua posizione assicurativa in un click!

Accedi o registrati per consultare:



Le tue **coperture assicurative** e le **condizioni contrattuali**.



Lo stato di pagamento dei tuoi premi e le **relative scadenze**

E per effettuare:



La **denuncia** di un sinistro.



... e molto altro ancora!

HAI BISOGNO DI AIUTO?

 800-849089

Dal lunedì al venerdì
dalle 8.30 alle 18.00



Invia una richiesta

Attraverso la sezione "Contattaci"
del sito www.arcassicura.it



My ARCA

è la piattaforma dedicata a tutti i nostri clienti.

Inquadra il **QR Code** per accedere al sito:



Indice

Glossario	6
1 Norme che regolano il contratto in generale	9
2 MODULO ACUORE SUPER	14
3 Modulo ACUORE SMART	35
4 MODULO ACUORE ASSISTENZA	51
5 Norme che regolano la liquidazione dei sinistri	56
Allegato 1 - Interventi chirurgici specifici (Assistenza indiretta)	63
Allegato 2 - Alta Specializzazione	64
Allegato 3 - Elenco Grandi interventi chirurgici	66
Norme di legge richiamate in polizza	68
Scheda anamnestica odontoiatrica	72
Modulo denuncia di sinistro richiesta di rimborso	74

Glossario

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si intende per:

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.

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

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.

ANIMALE DOMESTICO DA COMPAGNIA: animale da compagnia (cane e/o gatto) che è allevato dall'uomo e che vive presso di lui.

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

ASSICURATO: soggetto il cui interesse è protetto dal contratto di assicurazione.

ASSICURAZIONE: contratto di assicurazione.

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

CENTRALE OPERATIVA (Uni Salute): è la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico di UniSalute, le prestazioni previste dalla polizza. paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico di UniSalute, 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.

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

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

CURE A CARATTERE SPERIMENTALE: insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

DAY HOSPITAL: prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica. Nella definizione si ricomprende anche il Day Surgery .

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: 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 presente nelle presenti Condizioni di assicurazione.

INDENNITÀ SOSTITUTIVA: importo giornaliero erogato da Uni Salute 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: somma dovuta dalla compagnia in caso di sinistro.

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

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

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

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) (Cod. 659): 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 e a dare liberatoria per la privacy a UniSalute.

LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA: attività che il personale medico alle dipendenze del **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: somma massima che la compagnia si impegna a prestare nei confronti dell'assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste per ogni sinistro.

MEDICINA NON UFFICIALE: insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica.

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

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: documento che prova l'assicurazione ai sensi dell'articolo 1888 del Codice Civile.

PREMIO: prestazione in denaro dovuta dal contraente alla compagnia.

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.

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

RICOVERO DI LUNGA CONVALESCENZA (definizione relativa a "Stati di non autosufficienza"): degenza in istituto di cura specializzata nell'assistenza agli anziani.

RICOVERO: permanenza, che comporti pernottamento, in istituto di cura o permanenza in regime di day hospital o comunque a seguito di intervento di Pronto Soccorso.

RISCHIO: probabilità che si verifichi il sinistro.

SCHEDA ANAMNESTICA (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche) (Cod. 659): documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio del l'assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

SCOPERTO: percentuale del danno che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'assicurato.

SINISTRO: il verificarsi dell'evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

SOMMA ASSICURATA: importo stabilito in polizza e/o negli specifici articoli delle Condizioni di Assicurazione che rappresenta la spesa massima che la Compagnia 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 a 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 assicurativa.

UNISALUTE: compagnia specialistica di assicurazione con sede Legale e Direzione Generale in via Larga n° 8, 40138 Bologna, di cui la compagnia 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 .

Art. 1 - Oggetto del contratto

Con il presente contratto la COMPAGNIA si obbliga, nel limite delle somme assicurate, per l'erogazione delle prestazioni previste dalle garanzie presenti nel modulo scelto dal CONTRAENTE.

La scelta del modulo da parte del CONTRAENTE di POLIZZA sarà valida per tutti gli assicurati della POLIZZA stessa.

I moduli tra cui scegliere sono i seguenti:

- MODULO ACUORE SUPER: che offre una serie di garanzie in caso di RICOVERO da MALATTIA o INFORTUNIO. Inoltre sono previste visite e trattamenti oltre che servizi di prevenzione e gli stati di non autosufficienza temporanea.
- MODULO ACUORE SMART: che offre una serie di garanzie in caso di RICOVERO per GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC). Inoltre, sono previste visite e trattamenti oltre che servizi di prevenzione e gli stati di non autosufficienza temporanea.

Entrambi i moduli sono abbinati alla sezione MODULO ACUORE ASSISTENZA che offre una serie di servizi consulenziali e assistenziali dall'Italia o dall'estero.

Art. 2 - Operatività del contratto

Le garanzie prestate **sono esclusivamente** quelle del modulo di garanzia opzionato al momento della sottoscrizione del contratto e **valgono esclusivamente** per gli assicurati nominativamente indicati in POLIZZA.

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

Art. 3 - 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 effettuato, ferme le successive scadenze.

Se il contratto è stipulato con modalità di vendita a distanza, il CONTRAENTE ha il diritto di recedere nei 14 (quattordici) giorni successivi alla data di effetto della POLIZZA tramite lettera raccomandata, PEC alla COMPAGNIA o, nel caso in cui il contratto sia stato sottoscritto tramite una piattaforma online, digitalmente attraverso la medesima piattaforma. La COMPAGNIA una volta ricevuta la comunicazione di recesso provvederà a restituire il PREMIO pagato al netto delle imposte. L'efficace esercizio del Diritto di recesso libera la COMPAGNIA e il CONTRAENTE da qualsiasi obbligo derivante dal contratto a partire dalle ore 24:00 del giorno di invio della comunicazione di recesso alla COMPAGNIA. **Il recesso non sarà possibile nel caso in cui venga richiesta la liquidazione dell'indennizzo o delle somme assicurate.**

Art. 4 - Termini di aspettativa

Premesso che per TERMINI DI ASPETTATIVA, 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. 53 e 81 - Persone non assicurabili.

Qualora la presente **POLIZZA sia stata emessa in sostituzione**, senza soluzione di continuità, di altra emessa dalla medesima COMPAGNIA, 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. 5 - Durata del contratto^[1]

La durata del presente contratto è annuale con facoltà di optare o meno per il tacito rinnovo e viene concordata tra le parti al momento della sottoscrizione dello stesso nonché indicata sulla POLIZZA.

Art. 6 - Proroga del contratto

Se il contratto è stipulato con tacito rinnovo, in assenza di disdetta da parte del CONTRAENTE o della COMPAGNIA, la durata viene prorogata per 1 (uno) anno e così successivamente.

Art. 7 - Disdetta del contratto

La **disdetta deve essere inviata almeno 60 (sessanta) giorni prima della scadenza** del contratto tramite lettera raccomandata e/o fax e/o PEC all'indirizzo arcaassicurazioni@pec.unipol.it. 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 senza alcuna ulteriore comunicazione da parte della COMPAGNIA.

QUANDO E COME DEVO PAGARE


Art. 8 - Pagamento del premio con addebito sul conto corrente^[2]

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.

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 COMPAGNIA almeno 30 (trenta) giorni prima scadenza annuale del contratto. Il CONTRAENTE è tenuto a concordare con la COMPAGNIA la nuova forma di pagamento del PREMIO.

Art. 9 - Frazionamento del premio

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

 [1]: La copertura assicurativa termina automaticamente alla scadenza indicata in Polizza? Qualora il contratto sia stipulato "con tacito rinnovo", 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 tacito rinnovo" la copertura si interrompe alla scadenza annua.

 [2]: Cos'è il premio? Il Premio, in un'Assicurazione, è il "prezzo" che occorre pagare alla Compagnia per attivare la copertura assicurativa sottoscritta.

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 CONTRAENTE comincerà a pagare l'importo mensilizzato; pertanto, il primo ANNO verranno addebitate sul conto corrente del CONTRAENTE 11 (undici) rate così suddivise: 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. 10 - Fasce di premio e scontistiche

L'ASSICURAZIONE è stipulata tenendo conto della fascia d'età nella quale rientra ogni singolo ASSICURATO.

Al momento della prima sottoscrizione del contratto, infatti, a ogni ASSICURATO verrà applicato il PREMIO, indicato in POLIZZA, corrispondente al modulo scelto da CONTRAENTE e alla fascia d'età corrispondente al momento della sottoscrizione.

A ogni rinnovo annuale, si procederà all'adeguamento del PREMIO applicando, poi, a ogni ASSICURATO l'eventuale aumento di PREMIO in base alla tabella di seguito:

Età' dell'assicurato	Modulo ACUORE SUPER	Modulo ACUORE SMART
0 - 9	€ 350,00	€ 200,00
10 - 19	€ 650,00	€ 400,00
20 - 29	€ 1.100,00	€ 700,00
30 - 39	€ 1.300,00	€ 800,00
40 - 49	€ 1.550,00	€ 900,00
50 - 59	€ 2.000,00	€ 1.250,00
60 - 69	€ 2.500,00	€ 1.550,00
70 - 75	€ 3.100,00	€ 2.100,00

Nel caso di più assicurati, verranno applicati su tutti i premi i seguenti sconti:

- 2 assicurati: 10%
- 3 assicurati: 15%
- 4 assicurati: 25%
- 5 - 10 assicurati: 30%.

Art. 11 - Oneri fiscali

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

CHE OBBLIGHI HO

Art. 12 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte e le reticenze del CONTRAENTE o dell'ASSICURATO, relative a circostanze tali che la COMPAGNIA non avrebbe dato il suo consenso o non lo avrebbe dato alle medesime condizioni, sono causa di annullamento del contratto quando il CONTRAENTE ha agito con dolo o colpa grave (articolo 1892 del Codice Civile). Qualora il CONTRAENTE abbia agito senza dolo o colpa grave, la COMPAGNIA potrà recedere dal contratto e, in caso di SINISTRO, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il PREMIO convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose (articolo 1893 del Codice Civile).

Art. 13 - Aggravamento del rischio

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

Gli aggravamenti di RISCHIO non noti o non accettati dalla COMPAGNIA **possono comportare** la perdita totale o parziale del diritto all'INDENNIZZO, nonché la stessa cessazione dell'ASSICURAZIONE, ai sensi dell'articolo 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. 14 - Diminuzione del rischio

L'ASSICURATO o il CONTRAENTE è tenuto a comunicare alla COMPAGNIA le eventuali diminuzioni del RISCHIO. In tale evenienza la COMPAGNIA è tenuta a ridurre il PREMIO o le rate di PREMIO successive alla suddetta comunicazione dell'ASSICURATO o del CONTRAENTE ai sensi dell'articolo 1897 del Codice Civile e rinuncia al relativo recesso.

ALTRE NORME

Art. 15 - 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 COMPAGNIA 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;^[3]
- 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) comunicare appuntamenti già fissati presso strutture convenzionate;
 - 4) aggiornare i propri dati personali;
 - 5) 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. 16 - Modifiche al contratto


Le eventuali modifiche al contratto devono essere provate per iscritto.

Art. 17 - 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.

Art. 18 - Foro competente

Per ogni controversia inerente all'interpretazione, esecuzione, applicazione delle presenti condizioni, sarà

 [3]: 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 Attenzione: non basta che sia solo la struttura a essere convenzionata con UniSalute ma è necessario che lo sia anche il medico che esegue le prestazioni

esclusivamente competente il foro del luogo di residenza o di domicilio elettivo dell'ASSICURATO o del CONTRAENTE.

Art. 19 - Rinvio alle norme di legge

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

COSA È ASSICURATO**Art. 20 - Oggetto del MODULO ACUORE SUPER**

La scelta del modulo da parte del CONTRAENTE di POLIZZA sarà valida per tutti gli assicurati di POLIZZA.

Il presente MODULO ACUORE SUPER, ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

- Parte A - Ricovero a seguito di malattia o infortunio
- Parte B - Visite e trattamenti
- Parte C - Prestazioni odontoiatriche
- Parte D - Prevenzione
- Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

**Parte A - Ricovero a seguito di malattia o infortunio****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 negli articoli successivi, è pari a € 500.000,00 (cinquecentomila), salvo limiti previsti per singole garanzie.

Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura^[4]

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:


120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO. È previsto il rimborso degli esami, degli accertamenti diagnostici e delle visite specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO purché resi necessari dalla MALATTIA o dall'INFORTUNIO che hanno determinato il RICOVERO^[5]

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale.**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:

 [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 sanitari 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

 [5]: 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 € 500.000,00 annua. Avendo effettuato le prestazioni in Assistenza diretta le spese sono a carico di UniSalute; nessuna spesa a carico dell'Assicurato.

prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici effettuati durante il periodo di RICOVERO. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono assicurati solo se durante il RICOVERO è stato eseguito un INTERVENTO CHIRURGICO.

d) Rette di degenza:

trattamento alberghiero (**escluse le SPESE VOLUTTUARIE**).

L'ASSICURAZIONE è prestata come segue:

- RICOVERO dell'ASSICURATO in struttura convenzionata (ASSISTENZA diretta) le spese sostenute verranno pagate direttamente da UNISALUTE;
- RICOVERO dell'ASSICURATO in struttura non convenzionata (ASSISTENZA indiretta) la garanzia è prestata nel **limite di € 400,00 (quattrocento) al giorno**.

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 e 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, oppure in caso di RICOVERO in ISTITUTO DI CURA non convenzionato con UNISALUTE, la stessa provvederà al rimborso delle spese alberghiere sostenute nel **limite di € 75,00 (settantacinque) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per RICOVERO**.

f) Assistenza infermieristica privata individuale:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale nel **limite di € 75,00 (settantacinque) 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.

g) Post-ricovero:

120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del RICOVERO.

Sono previsti in garanzia gli 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 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del RICOVERO, purché resi necessari dalla MALATTIA o dall'INFORTUNIO che ha determinato il RICOVERO stesso.

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 - 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 € 1.500,00 (millecinquecento) per RICOVERO.

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

Art. 24 - Day Hospital

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

- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura;

- Art. 23 - 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. 25 - Intervento chirurgico ambulatoriale

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

- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera a);
- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera b);
- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera c);
- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera g);
- Art. 23 - Trasporto sanitario;

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

Art. 26 - Trapianti

Nel caso di RICOVERO per trapianto di organi o di parte di essi, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese previste dagli Artt. 22 - RICOVERO in ISTITUTO DI CURA e 23 - Trasporto sanitario, con i relativi limiti in essi indicati, nonché:

- le spese necessarie per il prelievo dell'organo dal donatore;
- le spese per il trasporto dell'organo.

Relativamente alle prestazioni previste dall'Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera a), durante il pre-RICOVERO sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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:

- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera a);
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera b);
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera c);
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera d);

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

Art. 27 - Parto e aborto

a) 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:

- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera b);
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera c);
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera d) senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera e) senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera g);
- Art. 23 - Trasporto sanitario;

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

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

b) 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:

- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera b);
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera c);
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera d) senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera e) senza applicazione dei limiti previsti per tale prestazione;
- Art. 22 - Ricovero in un istituto di cura, lettera g) con l'estensione di 2 (due) visite di controllo nel periodo successivo al parto sempre nei termini dei 120 (centoventi) giorni successivi;
- Art. 23 - Trasporto sanitario;

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

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

Art. 28 - Ricovero del neonato

Qualora, a seguito di parto indennizzabile ai sensi di POLIZZA, si rendesse necessario per il neonato nei primi 2 (due) anni di vita un RICOVERO per MALATTIA anche congenita e/o INFORTUNIO, la COMPAGNIA assicura, con gli stessi limiti di MASSIMALE e di copertura pattuiti per la madre e/o per il padre assicurati (qualora in copertura al momento del parto) e sempreché per lo/la stessa sia stato pagato il relativo PREMIO nel corso del biennio, le spese conseguenti a tale RICOVERO.

Sono prestate a favore del neonato tutte le garanzie afferenti all'area RICOVERO del genitore ASSICURATO, sia in ASSISTENZA diretta sia in ASSISTENZA indiretta.

Qualora il neonato venga inserito tra gli assicurati di POLIZZA con almeno uno dei 2 (due) genitori ASSICURATO, non saranno applicati i limiti previsti per le malattie pregresse.

Art. 29 - 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 annualità assicurativa e per ciascun ASSICURATO.**

Art. 30 - Interventi chirurgici specifici

Nel caso di interventi chirurgici previsti dall'Allegato 1, effettuati in regime di RICOVERO, DAY HOSPITAL o di regime ambulatoriale, per ciascun intervento, UNISALUTE provvede al rimborso delle spese relative agli Art. 22- RICOVERO in ISTITUTO DI CURA con il **limite della somma indicata**, per ciascun intervento, nell'Allegato 1, senza applicazione dei sottolimiti previsti nel suddetto articolo.

Sono inoltre assicurate le spese per il trasporto sanitario come da Art. 23 - Trasporto sanitario.

Qualora l'ASSICURATO si rivolga a strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con UNISALUTE e a medici con essa convenzionati, i massimali, riportati nell'Allegato 1 - Interventi chirurgici specifici, non si intendono operanti (ASSISTENZA diretta) come specificato dall'Art. 116 - Servizi del Servizio Sanitario Nazionale parte A e B.

Art. 31 - Indennità sostitutiva

a) Durante il RICOVERO

Qualora l'ASSICURATO non richieda alcun rimborso a UNISALUTE per le prestazioni ricevute durante il periodo di RICOVERO, avrà diritto all'erogazione, come indennità, dell'importo giornaliero **di € 150,00 (centocinquanta) per ogni giorno di per un massimo di 100 (cento) giorni per RICOVERO**

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

- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera a);
- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera g);

senza l'applicazione di eventuali limiti previsti all'Art. 57 - Modalità di erogazione delle prestazioni e assoggettate a un **massimo di € 2.000,00 (duemila) per annualità assicurativa e per ciascun ASSICURATO.**

Qualora a seguito di RICOVERO dovuto a un'epidemia riconosciuta da OMS, l'INDENNITÀ SOSTITUTIVA

viene riconosciuta anche per i giorni di isolamento domiciliare prescritti in fase di dimissione dall'ISTITUTO DI CURA, per un periodo non superiore a 14 (quattordici) giorni per annualità assicurativa e per ciascun ASSICURATO.

b) **DAY HOSPITAL**

Nel caso di RICOVERO in regime di DAY HOSPITAL, l'importo giornaliero della diaria si intende di **€ 150.00 (centocinquanta)**.

Art. 32 - Ospedalizzazione domiciliare

UNISALUTE, tramite la propria rete convenzionata, mette a disposizione prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di ASSISTENZA medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, **per un periodo di 120 (centoventi) giorni successivi alla data di dimissioni**, per RICOVERO indennizzabile a termini di POLIZZA, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura.

UNISALUTE concorderà il programma medico/riabilitativo con l'ASSICURATO **secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse**, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il MASSIMALE annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 (diecimila) per ASSICURATO e annualità assicurativa.



Parte B - Visite e trattamenti

Art. 33 - Somma assicurata

Le somme assicurate sono quelle previste dalle singole garanzie.

Art. 34 - Cure oncologiche

UNISALUTE rimborsa, in deroga all'Art. 54 - Rischi esclusi, punto 18), nei casi di malattie oncologiche, le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di RICOVERO o DAY HOSPITAL sia in regime di extraRicovero), con SOMMA ASSICURATA autonoma pari a **€ 5.000,00 (cinquemila) per ASSICURATO e annualità assicurativa.**

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

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

- **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 integralmente all'ASSICURATO;
- **Servizio Sanitario Nazionale:** rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.

Art. 35 - Assistenza infermieristica domiciliare

UNISALUTE rimborsa le spese di ASSISTENZA INFERMIERISTICA domiciliare nel **limite di € 60,00 (sessanta) al giorno per un massimo di 60 (sessanta) giorni per annualità assicurativa e per ciascun ASSICURATO.**

Art. 36 - Alta Specializzazione

Sono assicurate, in deroga all'Art. 54 - Rischi esclusi, punto 18) 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:^[6]

- **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) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata. **Per accertare la rimborsabilità della visita è facoltà di UNISALUTE richiedere cartelle cliniche antecedenti alla data oppure documentazione attestante l'insorgenza della patologia.**

Le modalità operative per la richiesta di rimborso sono descritte all'Artt. 114 - Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in assistenza diretta e 115 - Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in assistenza indiretta.

Art. 37 - Visite specialistiche e 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 a 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

 [6]: Es: L'assicurato necessita di effettuare una risonanza magnetica Somma assicurata annua € 5.000,00 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 € 5.000,00; 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.

patologia denunciata.

- **Servizio Sanitario Nazionale:** rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.

Art. 38 - Prestazioni sanitarie sul nascituro

Qualora, durante il RICOVERO della madre assicurata indennizzabile ai sensi di POLIZZA, si rendessero necessarie prestazioni sanitarie effettuate sul nascituro per sospette o manifeste malattie o malformazioni dello stesso, UNISALUTE assicura tali spese con gli stessi limiti di MASSIMALE e di copertura pattuiti per la madre e sempreché per la stessa sia stato pagato il relativo PREMIO. **La villocentesi deve intendersi esclusa.**

Art. 39 - Trattamenti fisioterapici riabilitativi

UNISALUTE provvede, in deroga all'Art. 54 - Rischi esclusi, punto 18,) 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 linfodrenaggio, 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%** per fattura/persona;
- **Sistema Sanitario Nazionale:** rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.

Art. 40 - Protesi/ausili ortopedici e acustici

UNISALUTE rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nel **limite annuo di € 1.000,00 (mille)** per ASSICURATO.

Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici e acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodì, plantari, apparecchi acustici, ecc.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **SCOPERTO del 20%** e con un **minimo non indennizzabile di € 50,00 (cinquanta) per fattura/persona.**



Parte C - Prestazioni odontoiatriche

Art. 41 - Prestazioni odontoiatriche particolari (Assistenza diretta)

UNISALUTE provvede, in deroga a quanto previsto all'Art. 54 - Rischi esclusi, punto 4), al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile **1 (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”:

a) **Assicurati di età maggiore o uguale a 15 (quindici) anni:**

Nel caso in cui l'ASSICURATO abbia un'età maggiore o uguale a 15 (quindici) 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 a 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 e 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.

b) **Assicurati di età minore di 15 (quindici) anni:**

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

- **Fluorazione (applicazione topica di fluoro) e/o sigillatura dei solchi, massimo 4 (quattro) 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 e 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 - Odontoiatria/ortodonzia

UNISALUTE provvede, in deroga a quanto previsto all'Art. 54 - Rischi esclusi, punto 4), 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 e altre prestazioni 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.**

Art. 43 - Cure dentarie da infortunio

UniSalute liquida all'ASSICURATO, a parziale deroga a quanto previsto all'Art. 54 - Rischi esclusi, punto 4), 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).**

Art. 44 - Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero

UNISALUTE liquida, in deroga a quanto previsto all'Art. 54 - Rischi esclusi, punto 4), le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie comprese le prestazioni d'implantologia dentale anche se successivi a interventi chirurgici avvenuti fuori dalla copertura assicurativa purché anch'essi conseguenti alle seguenti patologie:

- adamantinoma;
- ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- cisti follicolari;
- cisti radicolari;
- odontoma;
- rimozione di impianto dislocato all'interno del seno mascellare.

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

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

- radiografie e referti radiologici per rimozione d'impianto dislocato nel seno mascellare, e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare, rilasciati da medico chirurgo specialista in Radiodiagnostica;
- radiografie, referti radiologici rilasciati da medico chirurgo specialista in Radiodiagnostica e referti istologici rilasciati da medico chirurgo specialista in Anatomia Patologica, per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

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 l'applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA;
- **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 € 5.000,00 (cinquemila).**

Parte D - Prevenzione

Art. 45 - Prevenzione obesità infantile

La presente garanzia è prestata a favore degli assicurati, di età compresa tra i 4 (quattro) e 18 (diciotto) anni, mediante procedura di adesione online disponibile sul sito www.UNISALUTE.it, con contestuale richiesta di attivazione della garanzia stessa.

Per attivare la garanzia il genitore/tutore dovrà compilare un questionario dati volto a individuare eventuali stati di RISCHIO di obesità nei figli da 4 (quattro) a 18 (diciotto) anni, raggiungibile cliccando su www.UNISALUTE.it e “confermare il suo invio” a UNISALUTE.

UNISALUTE provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 (due) giorni comunicherà al genitore/tutore tramite email, l'esito delle valutazioni, mettendo a disposizione una tabella con dati e consigli personalizzati su una corretta alimentazione e attività fisica, sull'area riservata del sito internet accessibile tramite username e password.

Saranno altresì fornite indicazioni e consigli su comportamenti e stili di vita corretti in merito ad alimentazione e attività fisica, rivolti all'ASSICURATO, anche in collaborazione con un medico UNISALUTE.

Solo nel caso in cui i parametri rilevati dalla compilazione del questionario indichino che l'ASSICURATO si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, **UNISALUTE provvederà all'organizzazione e al pagamento di una visita specialistica dal pediatra/dietologo da effettuarsi in strutture sanitarie convenzionate con UNISALUTE indicate dalla CENTRALE OPERATIVA previa prenotazione.**

Poiché gli indicatori di tali stati devono essere regolarmente monitorati, UNISALUTE provvederà a contattare il genitore/tutore via email 1 (una) volta al mese per un periodo di 3 (tre) mesi, richiedendo l'inserimento di peso e altezza del figlio.

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

Art. 46 - Prestazioni diagnostiche particolari

UNISALUTE provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **1 (una) volta l'ANNO in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE previa prenotazione.**

Tali prestazioni prevedono il pagamento diretto da parte di UNISALUTE alla struttura senza applicazione di franchigie o scoperti.

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 in strutture convenzionate in Italia 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.

Art. 47 - Prestazioni diagnostiche particolari specifiche per età

UNISALUTE provvede al pagamento delle prestazioni di prevenzione specifiche per determinate fasce di età e categorie, in strutture sanitarie convenzionate con UNISALUTE ed effettuate da medici convenzionati.

Tali prestazioni prevedono il pagamento diretto da parte di UNISALUTE alla struttura senza applicazione di franchigie o scoperti.

Qualora, nella provincia di residenza dell'ASSICURATO, come meglio specificato all'Art. 109 - Provincia scoperta, non fosse presente un medico convenzionato con UNISALUTE, sarà possibile effettuare, dopo aver ottenuto l'autorizzazione da parte di UNISALUTE stessa, la prestazione presso un medico specialista non convenzionato e ottenere quindi il rimborso integrale delle spese sostenute.

Prestazioni da effettuare 1 (una) sola volta nell'intervallo di anni specificato:

- Dai 3 (tre) ai 6 (sei) anni:
 - Visita specialistica oculistica completa (tonometria, esame del fundus, stereopsi e color test, valutazione ortottica);
- Dai 4 (quattro) agli 8 (otto) anni:
 - Visita specialistica ortopedica.

Prestazioni da effettuare 1 (una) sola volta ogni annualità assicurativa:

- Da 1 (uno) ai 4 (quattro) anni:
 - Visita specialistica otorinolaringoiatrica;
- Dal 20° (ventesimo) ANNO in poi:
 - Ricerca Antigenica su Feci (Helyco Bacter Piloni); Visita specialistica cardiologica + ECG; Pap Test.
- Dal 65° (sessantacinquesimo) ANNO in poi:
 - Visita specialistica oculistica completa (tonometria, esame del fundus, stereopsi e color test, valutazione ortottica).

Prestazioni da effettuare una volta ogni 2 (due) anni:

- Dal 50° (cinquantesimo) ANNO in poi:
 - Ecotomografia addome superiore e inferiore (4/5 organi);
 - Ecodoppler tronchi sovraortici;
- Per le donne:
 - visita specialistica ginecologica;
 - mammografia;
 - densitometria ossea computerizzata (MOC).
- Per gli uomini:
 - visita specialistica urologica;
 - PSA (Specifico antigene prostatico).
- Dal 65° (sessantacinquesimo) ANNO in poi:
 - Visita specialistica otorinolaringoiatrica.

Art. 48 - Sindrome metabolica: Assistenza diretta online

Per attivare la garanzia l'ASSICURATO dovrà compilare il questionario raggiungibile sul sito 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 all'attività fisica e 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 sull'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.

UNISALUTE 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. 49 - Diagnosi comparativa/Second Opinion

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

- 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.

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 a UNISALUTE la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico UNISALUTE, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la DIAGNOSI COMPARATIVA. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UNISALUTE, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

L'ASSICURATO può 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 eccellenza di BEST DOCTORS® consentirà all'ASSICURATO di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.



Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

Art. 50 - Stati di non autosufficienza temporanea

La COMPAGNIA tramite UNISALUTE garantisce all'ASSICURATO, **con età minima di 18 (diciotto) anni**, il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di ASSISTENZA per un **valore massimo di € 800,00 (ottocento) mensili da corrisponderci per una durata massima di 12 (dodici) mesi** quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto a).

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 necessari 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 a uno stato di non autosufficienza consolidata.

b) Riconoscimento dello stato di non autosufficienza temporanea

Entro 14 (quattordici) 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 a UNISALUTE tutta la DOCUMENTAZIONE SANITARIA in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche.

UNISALUTE ha la facoltà di sottoporre il cliente a 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, UNISALUTE, 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. 50 - 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 a 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 far 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. 57 - Modalità di utilizzo della copertura e 121 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA diretta parte E, decorre dal momento in cui UNISALUTE 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 - 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 COMPAGNIA invierà, in tempo utile, una comunicazione al CONTRAENTE per l'aggiornamento del contratto.

Art. 52 - 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 di un ulteriore ASSICURATO è possibile in qualunque momento, con conseguente adeguamento del PREMIO.

L'esclusione di un ASSICURATO, invece, 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 10 (dieci) persone per POLIZZA.

Art. 53 - 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:

- Neoplasie in genere e relative recidive nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge del 7 dicembre 2023, n. 193 (c.d. "Obligo Oncologico") ed eventuali successive modificazioni;
- 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;
- Iperensione 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. 50 - Stati di non autosufficienza temporanea, punto b) per quanto attiene l'operatività specifica della garanzia "Stato 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 COMPAGNIA 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 COMPAGNIA inerente ai prodotti *orizzonte* Salute, *sistema* Salute, *orizzonte* Salute Nuova Edizione e *sistema* Salute Nuova Edizione.

Art. 54 - Rischi esclusi

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 chirurgici 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 parodontopatie, 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 e i DAY HOSPITAL durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- 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 conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 12) 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), sport che prevedono immersioni subacquee con autorespiratore, sport per i quali vengono utilizzate armi da fuoco fuori da strutture attrezzate. 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;

13) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'ASSICURATO;

14) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'ASSICURATO con dolo o colpa grave;

15) 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;

16) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

17) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le CURE A CARATTERE SPERIMENTALE e i medicinali biologici;

18) tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

Art. 55 - Rischi esclusi specifici, Parte C - Prestazioni odontoiatriche

Limitatamente alle prestazioni previste agli Artt. 42 - Odontoiatria/ortodonzia, 43 - Cure dentarie da infortunio e 44 - Interventi chirurgici odontoiatrici extra ricovero, **l'ASSICURAZIONE non è operante per:**

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

Art. 56 - Rischi esclusi specifici, Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

Limitatamente alle prestazioni previste dall'Art. 50 - Stato di non autosufficienza temporanea, l'ASSICURAZIONE non è operante per le conseguenze:

1) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;

2) dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'ASSICURATO con dolo o colpa grave;

3) di alcolismo acuto o cronico, abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;

4) 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;

5) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

6) 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;

7) 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;

8) 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);

9) di partecipazione attiva dell'ASSICURATO ad atti criminali;

10) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'ASSICURATO;

11) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le CURE A CARATTERE SPERIMENTALE e i medicinali biologici;

12) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

13) di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 57 - Modalità di erogazione delle prestazioni

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UNISALUTE alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA, a eccezione delle seguenti:

- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera a);
- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera f);
- Art. 23 - Trasporto sanitario;
- Art. 29 - Rimpatrio della salma;

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

- Art. 27 - Parto e Aborto;
- Art. 32 - Ospedalizzazione domiciliare;

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

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'ASSICURATO con uno SCOPERTO del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 (mille) a eccezione delle seguenti:

- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera d);
- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera e);
- Art. 22 - Ricovero in istituto di cura, lettera f);
- Art. 23 - Trasporto sanitario;
- Art. 27 - Parto e Aborto;
- Art. 29 - Rimpatrio della salma;
- Art. 30 - Interventi specifici;

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di RICOVERO in ISTITUTO DI CURA in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di ASSISTENZA diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'Art. 31 - Indennità sostitutiva, punto a).

Per l'erogazione dell'indennità per isolamento domiciliare a seguito di RICOVERO dovuto a pandemia è necessario presentare la lettera di dimissioni. Qualora dalla lettera di dimissioni non si evincano le informazioni necessarie per la valutazione del SINISTRO, UNISALUTE si riserva la facoltà di richiedere copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale.

Qualora l'ASSICURATO sostenga durante il RICOVERO delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UNISALUTE rimborserà integralmente quanto anticipato dall'ASSICURATO nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'INDENNITÀ SOSTITUTIVA.

Qualora il RICOVERO avvenga in regime di LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA con relativo onere a carico dell'ASSICURATO, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato all'Art. 115 - Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in Assistenza indiretta.

Art. 58 - Estensione territoriale

L'ASSICURAZIONE vale in tutto il mondo.

 Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

Tabella A - MODULO ACUORE SUPER Riepilogo franchigie/scoperti e massimo INDENNIZZO

Parte A - Ricovero a seguito di malattia o infortunio

Garanzia	Scoperto/franchigia/Minimo per Sinistro	Massimo indennizzo
Ricovero in istituto di cura (Art.22):a) pre - Ricovero	120 gg precedenti al Ricovero	€ 500.000,00
Ricovero in istituto di cura (Art.22):b) intervento chirurgico	-	
Ricovero in istituto di cura (Art.22):c) assistenza medica, medicinali e cure	-	
Ricovero in istituto di cura (Art.22):d) rette di degenza	-	In struttura non convenzionata max € 400,00 al giorno
Ricovero in istituto di cura (Art.22):e) accompagnatore	-	€ 75,00 al giorno per max 30 gg in assistenza indiretta oppure per indisponibilità struttura convenzionata. In assistenza diretta rientra nel massimale.
Ricovero in istituto di cura (Art.22):f) assistenza infermieristica privata individuale	-	€ 75,00 al giorno per max 30 gg durante il Ricovero
Ricovero in istituto di cura (Art.22):g) post - Ricovero	120 gg successivi al Ricovero	€ 500.000,00
Trasporto sanitario (Art. 23)	-	€ 1.500,00 per Ricovero
Parto e Aborto (Art. 27):a) parto cesareo	-	€ 5.000,00 per assicurato e annualità assicurativa
Parto e Aborto (Art. 27):b) parto non cesareo, Aborto terapeutico o spontaneo	-	€ 4.000,00 per assicurato e annualità assicurativa
Ricovero del neonato (Art. 28)	Nei primi 2 anni di vita	-
Rimpatrio della salma (Art. 29)	-	€ 1.500,00 per assicurato e annualità assicurativa
Interventi chirurgici specifici (Art. 30)	-	v. Allegato 1
Indennità sostitutiva (Art. 31):a) durante il Ricovero	-	€ 150,00 per Ricovero per max 100 giorni
Indennità sostitutiva (Art. 31):b) DAY HOSPITAL	-	€ 150,00 al giorno
Ospedalizzazione domiciliare (Art. 32)	120 gg successivi al Ricovero	€ 10.000,00 per assicurato e annualità assicurativa

Parte B - Visite e trattamenti

Garanzia	Scoperto/franchigia/Minimo per Sinistro	Massimo indennizzo
Cure oncologiche (Art. 34)	-	€ 5.000,00 per assicurato e annualità assicurativa

Garanzia	Scoperto/franchigia/Minimo per Sinistro	Massimo indennizzo
assistenza infermieristica domiciliare (Art. 35)	-	€ 60,00 al giorno per max 60 giorni
Alta specializzazione (Art. 36)	In assistenza indiretta scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 60,00	€ 5.000,00 per assicurato e annualità assicurativa
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (Art. 37)	In assistenza indiretta scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 60,00	€ 1.500,00 per assicurato e annualità assicurativa
Trattamenti fisioterapici riabilitativi (Art. 39)	In assistenza indiretta scoperto del 20%	€ 350,00 per assicurato e annualità assicurativa
Protesi/ausili ortopedici e acustici (Art. 40)	Scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 50,00	€ 1.000,00 per assicurato e annualità assicurativa

Parte C - Prestazioni Odontoiatriche

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per Sinistro	Massimo indennizzo
Prestazioni odontoiatriche particolari (Art.41)	Solo in assistenza diretta	1 volta l'anno
Odontoiatria/ortodonzia (Art. 42)	assistenza diretta: Scoperto 15% assistenza indiretta: Scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 100,00	assistenza diretta: € 600 per assicurato e annualità assicurativa assistenza indiretta: € 200 per assicurato e annualità assicurativa
Cure dentarie da infortunio (Art. 43)	assistenza diretta: Scoperto 15% assistenza indiretta: Scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 100,00	€ 2.500,00 per assicurato e annualità assicurativa
Interventi chirurgici odontoiatrici extra Ricovero (Art. 44)	assistenza indiretta: Scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 100,00	€ 5.000,00 per assicurato e annualità assicurativa

Parte D - Prevenzione

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per Sinistro	Massimo indennizzo
-	Solo in assistenza diretta in Italia	-

Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per Sinistro	Massimo indennizzo
Stato di non autosufficienza temporanea (Art. 50)	-	€ 800,00 per massimo 12 mesi

COSA È ASSICURATO**Art. 59 - Oggetto del MODULO ACUORE SMART**

La scelta del modulo da parte del CONTRAENTE di POLIZZA sarà valida per tutti gli assicurati di POLIZZA.

Il presente MODULO ACUORE SMART, ha per oggetto la prestazione delle seguenti garanzie:

- Parte A - Ricovero per grande intervento chirurgico (GIC)
- Parte B - Visite e trattamenti
- Parte C - Prestazioni odontoiatriche
- Parte D - Prevenzione
- Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

**Parte A - Ricovero per grande intervento chirurgico (GIC)**

[7]

Art. 60 - 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 per effettuare un GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO e definite negli articoli successivi, è pari a € 500.000,00 (cinquecentomila), salvo limiti previsti per singole garanzie.

Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC)

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:**

120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO

È previsto il rimborso degli esami, degli accertamenti diagnostici e delle visite specialistiche effettuati nei 120 (centoventi) giorni precedenti l'inizio del RICOVERO purché resi necessari dalla MALATTIA o dall'INFORTUNIO che hanno determinato il RICOVERO stesso.^[8]

[7]: Come faccio a sapere quali sono i Grandi Interventi Chirurgici? L'elenco dei Grandi Interventi Chirurgici è presente nell'Allegato 3 - Elenco dei Grandi Interventi Chirurgici che si trova in fondo alle Condizioni di ASSICURAZIONE.

[8]: Es: L'Assicurato si sottopone a un esame prescritto dal medico per una diagnosi ai fini di valutare la necessità di un RICOVERO per eseguire un Grande Intervento Chirurgico. Effettua una diagnosi con un esame di Alta Specializzazione in Assistenza diretta che ha prenotato tramite i servizi on line (sito www.arcassicura.it o APP UniSalute) oppure tramite la Centrale Operativa UniSalute. Necessita di un ricovero per eseguire il Grande Intervento Chirurgico che effettua in Assistenza diretta: contatta la Centrale Operativa UniSalute per prenotare la clinica, viene ricoverato e rimane ricoverato per 7 giorni. Pagamento delle spese: somma disponibile in caso di RICOVERO con Grande Intervento Chirurgico pari a € 500.000,00 annui

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale.

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 effettuati durante il periodo di RICOVERO. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono assicurati solo se durante il RICOVERO è stato eseguito un INTERVENTO CHIRURGICO.

d) Rette di degenza:

trattamento alberghiero (**escluse le SPESE VOLUTTUARIE**).

L'ASSICURAZIONE è prestata come segue:

- RICOVERO dell'ASSICURATO in struttura convenzionata (ASSISTENZA diretta) le spese sostenute verranno pagate direttamente da UNISALUTE;
- RICOVERO dell'ASSICURATO in struttura non convenzionata (ASSISTENZA indiretta) la garanzia è prestata nel **limite di € 400,00 (quattrocento) al giorno**.

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 e 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, oppure in caso di RICOVERO in ISTITUTO DI CURA non convenzionato con UNISALUTE, la stessa provvederà al rimborso delle spese alberghiere sostenute nel **limite di € 75,00 (settantacinque) al giorno per un massimo di 30 (trenta) giorni per RICOVERO**.

f) Assistenza Infermieristica privata individuale:

ASSISTENZA INFERMIERISTICA privata individuale nel **limite di € 75,00 (settantacinque) 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.

g) Post-Ricovero:

120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del RICOVERO

Sono previsti in garanzia 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 120 (centoventi) giorni successivi alla cessazione del RICOVERO, purché resi necessari dalla MALATTIA o dall'INFORTUNIO che ha determinato il RICOVERO stesso.

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. 62 - Trasporto sanitario per Grande Intervento Chirurgico (GIC)

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 € 1.500,00 (millecinquecento) per RICOVERO.

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

Art. 63 - Day Hospital per Grande Intervento Chirurgico (GIC)

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

- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC);
- Art. 62 - Trasporto sanitario per Grande Intervento Chirurgico(GIC).

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. 64 - Intervento chirurgico ambulatoriale per Grande Intervento Chirurgico (GIC)

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

- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera a);
- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera b);
- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera c);
- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera g);
- Art. 62 - Trasporto sanitario per Grande Intervento Chirurgico (GIC);

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

Art. 65 - Trapianti

Nel caso di RICOVERO per trapianto di organi o di parte di essi, UNISALUTE provvede al pagamento delle spese previste dagli Artt. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC) e 62 - Trasporto sanitario per Grande Intervento Chirurgico (GIC), con i relativi limiti in essi indicati, nonché:

- le spese necessarie per il prelievo dell'organo dal donatore;
- le spese per il trasporto dell'organo.

Relativamente alle prestazioni previste dall'Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera a), durante il pre-RICOVERO sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

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:

- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera a);
- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera b);
- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera c);
- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera d);

con i relativi limiti e le modalità in essi indicati.

Art. 66 - 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 annualità assicurativa e per ciascun ASSICURATO.**

Art. 67 - Indennità sostitutiva per Grande Intervento Chirurgico (GIC)

a) Durante il RICOVERO

Qualora l'ASSICURATO non richieda alcun rimborso a UNISALUTE per le prestazioni ricevute durante il periodo di RICOVERO, avrà diritto all'erogazione, come indennità, dell'importo giornaliero **di € 150,00 (centocinquanta) per ogni giorno di RICOVERO per un massimo di 100 (cento) giorni per RICOVERO.**

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

- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera a);
- Art. 61 - Ricovero in un istituto di cura per Grande Intervento Chirurgico (GIC), lettera g);

senza l'applicazione di eventuali limiti previsti all'Art. 84 - Modalità di erogazione delle prestazioni e assoggettate a un **massimo di € 2.000,00 (duemila) per annualità assicurativa e per ciascun ASSICURATO.**

b) **DAY HOSPITAL**

Nel caso di RICOVERO in regime di DAY HOSPITAL, l'importo giornaliero della diaria si intende di **€ 150.00 (centocinquanta).**

Art. 68 - Ospedalizzazione domiciliare

UNISALUTE, tramite la propria rete convenzionata, mette a disposizione prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di ASSISTENZA medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica, **per un periodo di 120 (centoventi) giorni successivi alla data di dimissioni**, per RICOVERO indennizzabile a termini di POLIZZA, e avvenuto successivamente alla data di effetto della copertura.

UNISALUTE concorderà il programma medico/riabilitativo con l'ASSICURATO **secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse**, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.

Il MASSIMALE annuo assicurato corrisponde a € 10.000,00 (diecimila) per ASSICURATO e annualità assicurativa.



Parte B - Visite e trattamenti

Art. 69 - Somma assicurata

Le somme assicurate sono quelle previste dalle singole garanzie.

Art. 70 - Cure oncologiche

UNISALUTE rimborsa, in deroga all'Art. 82 - Rischi esclusi, punto 18), nei casi di malattie oncologiche, le spese relative a chemioterapia e terapie radianti (da effettuarsi sia in regime di RICOVERO o DAY HOSPITAL che in regime di extraRICOVERO), con MASSIMALE autonomo pari a **€ 5.000,00 (cinquemila) per ASSICURATO e annualità assicurativa.**

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

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

- **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 integralmente all'ASSICURATO;
- **Servizio Sanitario Nazionale:** rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.

Art. 71 - Assistenza infermieristica domiciliare

UNISALUTE rimborsa le spese di ASSISTENZA INFERMIERISTICA domiciliare **nel limite di € 60,00 (sessanta) al giorno per un massimo di 60 (sessanta) giorni per annualità assicurativa e per ciascun ASSICURATO.**

Art. 72 - Alta Specializzazione

Sono assicurate, in deroga all'Art. 82 - Rischi esclusi punto 18), 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:^[9]

- **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) devono riportare l'indicazione della specialità del medico che, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata. **Per accertare la rimborsabilità della visita è facoltà di UNISALUTE richiedere cartelle cliniche antecedenti alla data oppure documentazione attestante l'insorgenza della patologia.**

Le modalità operative per la richiesta di rimborso sono descritte all'Art. 114 - Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in assistenza diretta e all'Art. 115 - Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in assistenza indiretta.

Art. 73 - 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.^[10]

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

 [9]: Es: L'ASSICURATO necessita di effettuare una visita specialistica dall'ortopedico Somma assicurata annua € 5.000,00 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 € 5.000,00; 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

 [10]: Cosa accade se la mia visita diagnostica diventa operativa? Può accadere che durante una visita specialistica il medico ritenga necessario intervenire subito. In questo caso la visita specialistica diventerebbe una prestazione operativa che potrebbe non rientrare nelle prestazioni previste dal MODULO ACUORE SMART, se non rientranti nell'Allegato 3 - Grandi Interventi Chirurgici, per cui le spese sono a carico dell'Assicurato, come a esempio il caso della Colonscopia diagnostica che diventa operativa nel corso dell'esame stesso.

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. 74 - Protesi/ausili ortopedici e acustici

UNISALUTE rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche ed acustiche nel **limite annuo di € 1.000,00 (mille)** per ASSICURATO.

Rientrano in garanzia anche gli ausili medici ortopedici e acustici, sempre che appositamente prescritti e con indicazione della motivazione, quali: carrozzelle, tripodì, plantari, apparecchi acustici, ecc.

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **SCOPERTO del 20%** e con un **minimo non indennizzabile di € 50,00 (cinquanta) per fattura/persona.**



Parte C - Prestazioni odontoiatriche

Art. 75 - Prestazioni odontoiatriche particolari (Assistenza diretta)

UNISALUTE provvede, in deroga a quanto previsto all'Art. 82 - Rischi esclusi, punto 4), al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile **1 (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":

a) **Assicurati di età maggiore o uguale a 15 (quindici) anni:**

Nel caso in cui l'ASSICURATO abbia un'età maggiore o uguale a 15 (quindici) 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 e 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.

b) **Assicurati di età minore di 15 (quindici) anni:**

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

- Fluorazione (applicazione topica di fluoro) e/o sigillatura dei solchi (massimo 4 (quattro) 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 e 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.



Parte D - Prevenzione

Art. 76 - Prestazioni diagnostiche particolari

UNISALUTE provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate effettuate **1 (una) volta l'ANNO in strutture sanitarie convenzionate e indicate dalla CENTRALE OPERATIVA UNISALUTE previa prenotazione.**

Tali prestazioni prevedono il pagamento diretto da parte di UNISALUTE alla struttura senza applicazione di franchigie o scoperti.

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 in strutture convenzionate in Italia 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, dal 20° (ventesimo) ANNO in poi:

- Ricerca Antigenica su Feci (Helyco Bacter Piloni); Visita specialistica cardiologica + ECG; Pap Test.

Art. 77 - Diagnosi comparativa/Second Opinion

DIAGNOSI COMPARATIVA/Second Opinion

L'ASSICURATO, telefonando alla CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE ha la possibilità di avere un secondo e qualificato parere comparativo circa la precedente diagnosi fatta dal proprio medico comprensivo

con le indicazioni terapeutiche più utili per trattare la patologia in atto tra le seguenti:

- 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.
- 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 a UNISALUTE la documentazione clinica in suo possesso, richiesta dal medico UNISALUTE, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la DIAGNOSI COMPARATIVA. Tale documentazione sarà poi inoltrata da UNISALUTE, con costi a proprio carico, ai consulenti medici esterni per l'individuazione del miglior terapeuta italiano o estero per quella specifica patologia.

L'ASSICURATO può 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 eccellenza di BEST DOCTORS® consentirà all'ASSICURATO di godere di sconti significativi sulle tariffe mediche.



Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

Art. 78 - Stati di non autosufficienza temporanea

La COMPAGNIA tramite UNISALUTE garantisce all'ASSICURATO **con età minima di 18 (diciotto) anni**, il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di ASSISTENZA per un **valore massimo di € 800,00 (ottocento) mensili da corrispondersi per una durata massima di 12 (dodici) mesi** quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto a).

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 (quattordici) 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 a UNISALUTE 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, UNISALUTE, 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. 78 - 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 a 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 far 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. 85 - Modalità di utilizzo delle prestazioni 123 - Modalità di utilizzo della copertura: sinistri in ASSISTENZA diretta parte E, decorre dal momento in cui UNISALUTE 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. 79 - 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 COMPAGNIA invierà, in tempo utile, una comunicazione al CONTRAENTE per l'aggiornamento del contratto.

Art. 80 - 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 di un ulteriore ASSICURATO, è possibile in qualunque momento, con conseguente adeguamento del PREMIO.

L'esclusione di un ASSICURATO, invece, potrà avvenire solo in occasione della scadenza annuale del contratto che, in tale occasione, verrà aggiornato con il calcolo del nuovo PREMIO.

Al CONTRAENTE, che ha optato per il presente MODULO ACUORE SMART, è data la facoltà di passare, anche in corso d'anno, al MODULO ACUORE SUPER (v. Sezione 2 delle presenti Condizioni di ASSICURAZIONE), con conseguente adeguamento del PREMIO. In questo caso, i termini di cui all'Art. 4 - Termini di aspettativa opereranno dal giorno di sostituzione modulo, limitatamente alle somme e alle diverse prestazioni previste dal MODULO ACUORE SUPER.

In ogni caso non sarà possibile assicurare più di 10 (dieci) persone per POLIZZA.

Art. 81 - 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:

- Neoplasie in genere e relative recidive nel rispetto di quanto stabilito dalla Legge del 7 dicembre 2023, n. 193 (c.d. "Oblivio Oncologico") ed eventuali successive modificazioni;
- 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;
- Iperensione 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. 78 - Stato di non autosufficienza temporanea, punto b) 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 COMPAGNIA 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 COMPAGNIA inerente ai prodotti *orizzonte* Salute, *sistema* Salute, *orizzonte* Salute Nuova Edizione e *sistema* Salute Nuova Edizione.

Art. 82 - Rischi esclusi

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 parodontopatie, 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 e i DAY HOSPITAL durante i quali vengono effettuate cure (incluse terapie fisiche o somministrazioni di medicinali) o accertamenti diagnostici che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in regime ambulatoriale;
- 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 conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 12) 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), sport che prevedono immersioni subacquee con autorespiratore, sport per i quali vengono utilizzate armi da fuoco fuori da strutture attrezzate.. 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;
- 13) gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'ASSICURATO;
- 14) le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'ASSICURATO con dolo o colpa grave;
- 15) 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;
- 16) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
- 17) le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le CURE A CARATTERE SPERIMENTALE e i medicinali biologici;
- 18) tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

Art. 83 - Rischi esclusi specifici, Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

Limitatamente alle prestazioni dall'Art. 78 - Stato di non autosufficienza temporanea, l'ASSICURAZIONE non è operante per le conseguenze:

- 1) di malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
- 2) dovute a tentato suicidio, autolesionismo e azioni delittuose commesse dall'ASSICURATO con dolo o colpa grave;
- 3) di alcolismo acuto o cronico. Abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- 4) 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;

5) dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;

6) 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;

7) 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;

8) 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);

9) di partecipazione attiva dell'ASSICURATO ad atti criminali;

10) di infortuni causati da azioni dolose compiute dall'ASSICURATO;

11) delle prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le CURE A CARATTERE SPERIMENTALE e i medicinali biologici;

12) di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;

13) di tutte le terapie mediche, comprese le iniezioni intravitreali.

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 84 - Modalità di erogazione delle prestazioni

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

In questo caso le spese relative ai servizi erogati vengono liquidate direttamente da UNISALUTE alle strutture sanitarie convenzionate senza applicazione di alcuno SCOPERTO o FRANCHIGIA, a eccezione delle seguenti:

- Art. 61 - Ricovero in istituto di cura, lettera a);
- Art. 61 - Ricovero in istituto di cura,, lettera f);
- Art. 62 - Trasporto sanitario;
- Art. 66 - Rimpatrio della salma;

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

- Art. 68 - Ospedalizzazione domiciliare;

che vengono liquidate alla STRUTTURA SANITARIA CONVENZIONATA nei limiti previsti ai punti indicati.

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

In questo caso le spese relative alle prestazioni effettuate vengono rimborsate all'ASSICURATO con uno SCOPERTO del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000,00 (mille) a eccezione delle seguenti:

- Art. 61 - Ricovero in istituto di cura, lettera d);
- Art. 61 - Ricovero in istituto di cura, lettera e);
- Art. 61 - Ricovero in istituto di cura, lettera f);
- Art. 62 - Trasporto sanitario;
- Art. 66 - Rimpatrio della salma;

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

c) Prestazioni nel Servizio Sanitario Nazionale

Nel caso di RICOVERO in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate in forma di ASSISTENZA diretta, e quindi con costo a completo carico del S.S.N., verrà attivata la garanzia prevista all'Art. 67 - Indennità sostitutiva per Grande Intervento Chirurgico (GIC), punto a).

Qualora l'ASSICURATO sostenga durante il RICOVERO delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, UNISALUTE rimborserà integralmente quanto anticipato dall'ASSICURATO nei limiti previsti nei diversi punti; in questo caso non verrà corrisposta l'INDENNITÀ SOSTITUTIVA".

Qualora il RICOVERO avvenga in regime di LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA con relativo onere a carico dell'ASSICURATO, le spese sostenute verranno rimborsate secondo quanto indicato all'Art. 114 - Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in assistenza diretta.

Art. 85 - Estensione territoriale

L'ASSICURAZIONE vale in tutto il mondo.

 Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

Tabella B - MODULO ACUORE SMART Riepilogo franchigie/scoperti e massimo INDENNIZZO

Parte A - Ricovero per grande intervento chirurgico (GIC)

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per Sinistro	Massimo indennizzo
Ricovero per grande intervento chirurgico (GIC) (Art. 61): a) pre - Ricovero	120 gg precedenti al Ricovero	€ 500.000,00
Ricovero per grande intervento chirurgico (GIC) (Art. 61): b) intervento chirurgico	-	
Ricovero per grande intervento chirurgico (GIC) (Art. 61): c) Assistenza medica, medicinali e cure	-	
Ricovero per grande intervento chirurgico (GIC) (Art. 61): d) rette di degenza	-	In struttura non convenzionata max € 400,00 al giorno
Ricovero per grande intervento chirurgico (GIC) (Art. 61): e) accompagnatore	-	€ 75,00 al giorno per max 30 gg in assistenza indiretta oppure per indisponibilità struttura convenzionata. In assistenza diretta rientra nel massimale.
Ricovero per grande intervento chirurgico (GIC) (Art.61): f) Assistenza infermieristica privata individuale	-	€ 75,00 al giorno per max 30 gg durante il Ricovero
Ricovero per grande intervento chirurgico (GIC) (Art.61): g) post - Ricovero	120 gg successivi al Ricovero	€ 500.000,00
Trasporto sanitario per grande intervento chirurgico (GIC) (Art. 62)	-	€ 1.500,00 per Ricovero
Rimpatrio della salma (Art. 66)	-	€ 1.500,00 per ASSICURATO e annualità assicurativa
Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico (GIC) (Art. 67): a) durante il Ricovero		€ 150,00 per Ricovero per max 100 giorni
Indennità sostitutiva per grande intervento chirurgico (GIC) (Art. 67): b) Day hospital		€ 150,00 al giorno
Ospedalizzazione domiciliare per grande intervento chirurgico (GIC) (Art. 68)	120 gg successivi al Ricovero	€ 10.000,00 per assicurato e annualità assicurativa

Parte B - Visite e trattamenti

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Cure oncologiche (Art. 70)	-	€ 5.000,00 per assicurato e annualità assicurativa

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Assistenza infermieristica domiciliare (Art. 71)	-	€ 60,00 al giorno per max 60 giorni
Alta specializzazione (Art. 72)	In assistenza indiretta Scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 60,00	€ 5.000,00 per assicurato e annualità assicurativa
Visite specialistiche e accertamenti diagnostici (Art. 73)	In assistenza indiretta Scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 60,00	€ 1.500,00 per assicurato e annualità assicurativa
Protesi/ausili ortopedici e acustici (Art. 74)	Scoperto del 20% con min. non indennizzabile di € 50,00	€ 1.000,00 per assicurato e annualità assicurativa

Parte C - Prestazioni Odontoiatriche

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Prestazioni odontoiatriche particolari (Art.75)	Solo in assistenza diretta	1 volta l'anno

Parte D - Prevenzione

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per sinistro	Massimo indennizzo
-	Solo in assistenza diretta	-

Parte E - Stati di non autosufficienza temporanea

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per sinistro	Massimo indennizzo
Stato di non autosufficienza temporanea (Art. 78)	-	€ 800,00 per massimo 12 mesi

(Garanzia sempre operante)

COSA È ASSICURATO

Garanzie operanti in Italia

Art. 86 - Servizi di Assistenza e consulenza

I servizi di consulenza (Artt. 87 - Informazioni Sanitarie telefoniche e 88 - Prenotazione di prestazioni sanitarie) vengono forniti dalla CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE telefonando al numero verde 800-822479 dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30; dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia seguito da 051-6389046.

I servizi di consulenza e ASSISTENZA, invece, vengono forniti dalla CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE telefonando per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800-212477.

Art. 87 - Informazioni sanitarie telefoniche

La CENTRALE OPERATIVA attua un servizio di informazione sanitaria in merito a:

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

Art. 88 - Prenotazione di prestazioni sanitarie

La CENTRALE OPERATIVA fornisce un servizio di prenotazione delle **prestazioni sanitarie garantite dal piano nella forma di Assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate** con UNISALUTE.

Art. 89 - Pareri medici immediati

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.

Art. 90 - Il veterinario risponde

La CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE garantisce un servizio di consulenza veterinaria, mettendo un veterinario a disposizione dell'ASSICURATO, a cui potersi rivolgere per informazioni o chiarimenti sulla salute dell'animale dell'ASSICURATO.

Art. 91 - Informazioni veterinarie telefoniche

La CENTRALE OPERATIVA attua un servizio di informazione veterinaria in merito a:

- cliniche e ambulatori veterinari in zona, anche aperti 24 ore su 24;
- farmacie con prodotti specifici per cani e gatti e loro ubicazione;
- articoli/alimentari per cani e gatti - negozi e loro ubicazioni;
- pensioni per cani e gatti in città e provincia;
- scuole addestramento cani;
- toelettatura cani;
- allevamenti di zona (cani e gatti);
- informazioni mostre/raduni;
- informazioni spiagge/stabilimenti balneari a loro accessibili.

Art. 92 - Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di INFORTUNIO o di MALATTIA, l'ASSICURATO, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20:00 alle ore 8:00 nei giorni feriali o per le 24:00 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la CENTRALE OPERATIVA **accertata la necessità della prestazione**, provvederà a inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati a intervenire personalmente, la CENTRALE OPERATIVA organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'ASSICURATO nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

Art. 93 - Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di INFORTUNIO o di MALATTIA, l'ASSICURATO necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al RICOVERO di primo soccorso, la CENTRALE OPERATIVA invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel **limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 300 (trecento) km per evento**.

Art. 94 - Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'ASSICURATO in conseguenza di INFORTUNIO o di MALATTIA improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della CENTRALE OPERATIVA non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della regione di residenza dell'ASSICURATO e i medici della CENTRALE OPERATIVA, **previa analisi del quadro clinico dell'ASSICURATO e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento**, la CENTRALE OPERATIVA provvederà a organizzare il trasporto dell'ASSICURATO al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle sue condizioni tra quelli sotto elencati:

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

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla CENTRALE OPERATIVA.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'ASSICURATO.

Art. 95 - Assistenza dell'animale in pensione a seguito di ricovero dell'assicurato

In caso di RICOVERO per MALATTIA o INFORTUNIO dell'ASSICURATO superiore a 5 (cinque) giorni, UNISALUTE, per il tramite della CENTRALE OPERATIVA contattata telefonicamente dall'ASSICURATO, provvede a fornire informazioni in merito alle pensioni per cani e gatti in città e provincia, nonché a rimborsare le spese sostenute per la custodia dell'Animale presso la struttura prescelta, ******fino a un importo massimo di € 150,00 (centocinquanta) per RICOVERO**.

La garanzia si intende operante a seguito dell'invio della seguente documentazione:

- certificato comprovante la proprietà dell'animale (anche autocertificazione);
- certificato comprovante il RICOVERO dell'ASSICURATO.

Garanzie operanti dall'estero

*In collaborazione con UnipolAssistance S.c.r.l., UNISALUTE offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero: prefisso internazionale dell'Italia +*051 4161781.*

Art. 96 - Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di MALATTIA o di INFORTUNIO, **l'ASSICURATO necessiti di un RICOVERO in ISTITUTO DI CURA per un periodo superiore a 10 (dieci) giorni**, UnipolAssistance, tenendo a proprio carico le spese, metterà a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà **le spese di soggiorno nel limite di € 100,00 (cento) per SINISTRO**.

Art. 97 - Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di MALATTIA o di INFORTUNIO **l'ASSICURATO abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia)**, UnipolAssistance provvederà a inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, **compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali**, tenendo a proprio carico le spese relative.

Rimane a carico dell'ASSICURATO il costo di acquisto dei medicinali.

Art. 98 - Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'ASSICURATO si trovi all'estero e, in conseguenza di INFORTUNIO o di MALATTIA improvvisa, **le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici di UnipolAssistance e il medico curante sul posto**, rendano necessario il trasporto dell'ASSICURATO in ospedale attrezzato in Italia o alla sua residenza, UnipolAssistance provvederà a effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, **con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'ASSICURATO tra quelli sotto elencati:**

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

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

Il trasporto è interamente organizzato da UnipolAssistance, inclusa l'ASSISTENZA medica e/o infermieristica durante il viaggio, **se ritenuta necessaria dai medici della stessa.**

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

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

Art. 99 - Interprete a disposizione

Nel caso in cui l'ASSICURATO, a seguito di RICOVERO ospedaliero all'estero, trovi difficoltà a comunicare nella lingua locale con i medici curanti, UnipolAssistance provvede a inviare un interprete, tenendo a proprio carico le spese relative fino ad un massimo di 8 (otto) ore lavorative per evento e per annualità assicurativa.

Art. 100 - Rientro di minori

Nel caso in cui i figli minori di 15 (quindici) anni dell'ASSICURATO si trovino senza un accompagnatore maggiorenne a seguito del RICOVERO ospedaliero dell'ASSICURATO all'estero, la struttura organizzativa provvederà a organizzarne il rientro al domicilio dell'ASSICURATO.

La COMPAGNIA tiene a proprio carico le relative spese fino al raggiungimento di € 500,00 (cinquecento) per SINISTRO.

Art. 101 - Rientro dall'estero

UnipolAssistance provvede al rientro dell'ASSICURATO con accompagnamento di un parente residente in Italia mettendogli a disposizione un biglietto aereo (classe turistica) o ferroviario (prima classe), andata e ritorno, per accompagnare l'ASSICURATO stesso, dimesso dall'ISTITUTO DI CURA, alla propria abitazione e qualora non sia necessaria l'ASSISTENZA di personale medico e paramedico.

Art. 102 - Rientro anticipato

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

COSA NON È ASSICURATO

Art. 103 - Delimitazioni

UNISALUTE:

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

ALTRE INFORMAZIONI SULLA GARANZIA

Art. 104 - Estensione territoriale

In Italia, i servizi di consulenza vengono forniti dalla CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE telefonando al numero verde 800-822479 dal lunedì al venerdì dalle 8:30 alle 19:30.

I servizi di ASSISTENZA in Italia vengono forniti dalla CENTRALE OPERATIVA di UNISALUTE telefonando al numero verde 800-212477 tutti i giorni h24. Dall'estero, invece, occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia seguito da 0516389046.

 Per una sintesi dei limiti di INDENNIZZO della sezione leggere attentamente la tabella di seguito

Tabella C - MODULO ACUORE ASSISTENZA Riepilogo franchigie/scoperti e massimo INDENNIZZO

Garanzie operanti in Italia

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per Sinistro	Massimo indennizzo
Rientro dal ricovero di primo soccorso (Art. 93)	-	300 km per evento
Assistenza dell'animale in pensione a seguito di ricovero dell'assicurato (Art. 95)	-	€ 150,00 per ricovero

Garanzie operanti dall'estero

Garanzia	Scoperto/Franchigia/Minimo per Sinistro	Massimo indennizzo
Viaggio di un familiare all'estero (Art. 96)	Se ricovero maggiore a 10 gg	Spese di soggiorno € 100,00 per sinistro
Interprete a disposizione (Art. 99)	-	Max 8 ore per evento e annualità assicurativa
Rientro di minori (Art. 100)	Minori anni 15	€ 500,00 per sinistro

Art. 105 - Denuncia del sinistro

Premesso che la COMPAGNIA ha conferito a 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) comunicare appuntamenti già fissati presso strutture convenzionate;
 - 4) aggiornare i propri dati personali;
 - 5) 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.

Ogni ASSICURATO è titolare di una propria Area Clienti, accessibile dopo aver completato la procedura di registrazione con il proprio indirizzo mail.

Il Titolare dell'Area Clienti potrà effettuare la registrazione dal sito internet di Arca Assicurazioni, www.arcassicura.it.

Art. 106 - 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 dagli articoli che spiegano le modalità di utilizzo dell'Assistenza diretta.

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 negli articoli che spiegano le modalità di utilizzo dell'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. 107 - 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'articolo 1915 del Codice Civile.

Art. 108 - 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. 109 - Provincia scoperta in Italia

Qualora non risultino sul territorio nazionale 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**.

Art. 110 - Prestazioni a tariffe agevolate UniSalute

Qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dall'opzione scelta, o per esaurimento del MASSIMALE o perché inferiore ai limiti contrattuali e rimanga a totale carico dell'ASSICURATO, è possibile richiedere comunque alla CENTRALE OPERATIVA la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete convenzionata, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli assicurati UNISALUTE con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

Art. 111 - Altre assicurazioni


Qualora l'ASSICURATO abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo SINISTRO, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'ASSICURATO verrà liquidato, 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. 112 - 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 2 (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.

 [11]: Cosa sono le norme specifiche? Finora ti abbiamo descritto le norme che disciplinano i sinistri in generale. Le norme specifiche esplicitano invece le norme che concernono una sezione/parte ben precisa delle Condizioni di ASSICURAZIONE e si integrano con quelle generali.

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. 113 - Mediazione

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, per le controversie in materia di contratti assicurativi, che l'esperimento del procedimento di mediazione sia condizione di procedibilità della domanda giudiziale. Nel caso in cui il CONTRAENTE o l'ASSICURATO intendano esperire il procedimento di mediazione, 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 MODULO ACUORE SUPER: PARTE A - RICOVERO A SEGUITO DI MALATTIA O INFORTUNIO E PARTE B - VISITE E TRATTAMENTI E PER LA SEZIONE MODULO ACUORE SMART: PARTE A - RICOVERO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO (GIC) E PARTE B - VISITE E TRATTAMENTI^[11]

Art. 114 - Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in Assistenza diretta

L'ASSICURATO deve sempre preventivamente contattare UNISALUTE tramite servizi on-line oppure tramite la CENTRALE OPERATIVA, specificando la richiesta.

L'ASSICURATO ha, inoltre, la facoltà di contattare preventivamente la struttura convenzionata e successivamente comunicare a UNISALUTE:

- struttura sanitaria,
- tipologia prestazione;
- data e ora

ottenendo successivamente la relativa autorizzazione.

UNISALUTE, infatti, dopo aver accertato la regolarità assicurativa (referti, risultati diagnostici, cartella clinica, ecc.) autorizzerà la prestazione:

Sinistri in Assistenza diretta: prestazioni sanitarie erogate tramite strutture sanitarie convenzionate

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.

Art. 115 - Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: 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

Nel caso di prestazioni sanitarie erogate da istituti di cura non convenzionati, l'ASSICURATO, per ottenere il rimborso delle spese sostenute, deve inviare, tramite APP o sito internet, accedendo alla propria area riservata, la seguente documentazione necessaria o 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) 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 dalla precedente lettera a).

Art. 116 - Servizi del Servizio Sanitario Nazionale parte A e B

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. 114 - Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: sinistri in assistenza diretta;
- dall'Art. 115 - Modalità di utilizzo della copertura parte A e B: 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 MODULO ACUORE SUPER: PARTE C - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE E PER LA SEZIONE MODULO ACUORE SMART: PARTE C - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Art. 117 - Modalità di utilizzo della copertura parte C: sinistri in Assistenza diretta

Sinistri in Assistenza diretta: prestazioni sanitarie odontoiatriche/ortodontiche erogate tramite strutture sanitarie convenzionate

Prima della erogazione della prestazione sanitaria la CENTRALE OPERATIVA 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 a 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 a 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 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 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.**

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE MODULO ACUORE SUPER: PARTE C - PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Art. 118 - Modalità di utilizzo della copertura parte C: 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. **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, tramite APP o sito internet, accedendo alla propria area riservata, o 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. 119 - Servizi del Servizio Sanitario Nazionale parte C

Per le prestazioni effettuate in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate attraverso il rimborso integrale dei tickets sanitari a carico dell'ASSICURATO.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE MODULO ACUORE SUPER: PARTE D - PREVENZIONE

Art. 120 - Modalità di utilizzo della copertura parte D MODULO ACUORE SUPER: sinistri in Assistenza diretta

Le garanzie prevenzione sono erogate esclusivamente in forma di ASSISTENZA diretta oppure tramite il sito di UNISALUTE nella sezione riservata a ogni singolo cliente; più in dettaglio:

- Art. 45 - Prevenzione obesità infantile e Art. 48 - Sindrome metabolica: è attiva la modalità di adesione on line;
- Art. 46 - Prestazioni diagnostiche particolari e Art. 47 - Prestazioni diagnostiche particolari specifiche per età, attivabili in base all'età dell'ASSICURATO e effettuabili 1 (una) volta all'anno oppure 1 (una) volta ogni 2 anni.
Tali prestazioni devono essere effettuate in strutture convenzionate con UNISALUTE ed effettuate da medici convenzionati;
- Art. 49 - Diagnosi comparativa/Second opinione: si attiva telefonando alla CENTRALE OPERATIVA.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE MODULO ACUORE SMART: PARTE D - PREVENZIONE

Art. 121 - Modalità di utilizzo della copertura parte D MODULO ACUORE SMART: sinistri in Assistenza diretta

Le garanzie prevenzione sono erogate esclusivamente in forma di ASSISTENZA diretta oppure tramite il sito di UNISALUTE nella sezione riservata a ogni singolo cliente; più in dettaglio:

- Art. 76 - Prestazioni diagnostiche particolari: attivabili in base all'età dell'ASSICURATO e effettuabili 1 (una) volta all'anno. Tali prestazioni devono essere effettuate in strutture convenzionate con UNISALUTE ed effettuate da medici convenzionati;
- Art. 77 - Diagnosi comparativa/Second opinione: si attiva telefonando alla CENTRALE OPERATIVA.

NORME SPECIFICHE PER LA SEZIONE MODULO ACUORE SUPER: PARTE E - STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI E PER LA SEZIONE MODULO ACUORE SMART: PARTE E - STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA PER ASSICURATI CON ETÀ MINIMA 18 ANNI

Art. 122 - Modalità di utilizzo della copertura parte E: 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. 123 - Modalità di utilizzo della copertura parte E: 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, tramite APP o sito internet, accedendo alla propria area riservata, la seguente documentazione necessaria 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 e 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;
- 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 a UNISALUTE 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 a 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 UNISALUTE considererà completa la documentazione richiesta per la valutazione della non reversibilità dello Stato di non autosufficienza dell'ASSICURATO.

Allegato 1 - 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

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
- Fistelografia
- 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

- Accertamenti endoscopici
- Amniocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Diagnostica radiologica
- Doppler
- 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 - Elenco Grandi interventi chirurgici

NEURO CHIRURGIA

- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi di cranioplastica
- Intervento sulla ipofisi
- 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
- 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
- Interventi sui grandi vasi toracici
- Interventi sull'aorta addominale
- 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
- Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovesicolectomia
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale
- Vulvectomy 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

Norme di legge richiamate in polizza

Codice Civile

Art. 1341 - Condizioni Generali di Contratto

Le condizioni generali di contratto predisposte da uno dei contraenti sono efficaci nei confronti dell'altro, se al momento della conclusione del contratto questi le ha conosciute o avrebbe dovuto conoscerle usando l'ordinaria diligenza.

In ogni caso non hanno effetto, se non sono specificamente approvate per iscritto, le condizioni che stabiliscono, a favore di colui che le ha predisposte, limitazioni di responsabilità, facoltà di recedere dal contratto o di sospenderne l'esecuzione, ovvero sanciscono a carico dell'altro contraente decadenze, limitazioni alla facoltà di opporre eccezioni, restrizioni alla libertà contrattuale nei rapporti coi terzi, tacita proroga o rinnovazione del contratto, clausole compromissorie o deroghe alla competenza dell'autorità giudiziaria.

Art. 1342 - Contratto concluso mediante moduli o formulari

Nei contratti conclusi mediante la sottoscrizione di moduli o formulari, predisposti per disciplinare in maniera uniforme determinati rapporti contrattuali, le clausole aggiunte al modulo o al formulario prevalgono su quelle del modulo o del formulario qualora siano incompatibili con esse, anche se queste ultime non sono state cancellate.

Si osserva inoltre la disposizione del secondo comma dell'articolo precedente.

Art. 1888 - Prova del contratto

Il contratto di assicurazione deve essere provato per iscritto.

L'assicuratore è obbligato a rilasciare al contraente la polizza di assicurazione o altro documento da lui sottoscritto.

L'assicuratore è anche tenuto a rilasciare, a richiesta e a spese del contraente, duplicati o copie della polizza; ma in tal caso può esigere la presentazione o la restituzione dell'originale.

Art. 1892 - Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo 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 articoli 1892 e 1893.

Art. 1897 - Diminuzione del rischio

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

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

Art. 1898 - Aggravamento del rischio

Il contraente ha l'obbligo di dare immediato avviso all'assicuratore dei mutamenti che aggravano il rischio in modo tale che, se il nuovo stato di cose fosse esistito e fosse stato conosciuto dall'assicuratore al momento della conclusione del contratto, l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione o l'avrebbe consentita per un premio più elevato. L'assicuratore può recedere dal contratto, dandone comunicazione per iscritto all'assicurato entro un mese dal giorno in cui ha ricevuto l'avviso o ha avuto in altro modo conoscenza dell'aggravamento del rischio.

Il recesso dell'assicuratore ha effetto immediato se l'aggravamento è tale che l'assicuratore non avrebbe consentito l'assicurazione; ha effetto dopo quindici giorni, se l'aggravamento del rischio è tale che per l'assicurazione sarebbe stato richiesto un premio maggiore.

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.

DX	INFERIORE	SX
----	-----------	----

Note:

**Firma del medico curante
(dentista)**

Data

ACUORE

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 fornisce; 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 saremo 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.

Informativa sul trattamento dei dati personali

(di seguito, "Informativa Privacy")
UNS_Info_Cont_01 - Ed.01.01.2025

Gentile Cliente,

ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito, il "Regolamento"), La informiamo che UniSalute S.p.A. (di seguito, "UniSalute" o la "Compagnia"), per fornirLe i propri prodotti e/o servizi assicurativi, in qualità di titolare, tratterà alcuni dati personali riferibili a Lei e/o agli ulteriori eventuali interessati, per le finalità di seguito indicate.

Le informazioni riportate di seguito dovranno essere fornite, a cura del contraente (di seguito, il "Contraente"), agli eventuali altri soggetti (di seguito, i "Terzi Interessati") a cui si riferiscono i dati personali oggetto del trattamento (a titolo esemplificativo, il beneficiario della polizza assicurativa ovvero ogni altro interessato a qualunque titolo coinvolto).

CHI TRATTERÀ I DATI PERSONALI? Il titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (<https://www.unisalute.it>), con sede in Via Larga 8, 40138, Bologna.

QUALI DATI PERSONALI TRATTEREMO? Saranno raccolte e trattate le seguenti categorie di dati personali (i "Dati" o i "Suoi Dati") riferibili a Lei e/o ai Terzi Interessati: dati anagrafici (nome e cognome, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza, codice fiscale); dati di contatto (numero di telefono e indirizzo e-mail); coordinate bancarie (in particolare, l'IBAN); categorie particolari di dati^[1] (in specie, dati relativi alla salute: ad esempio, i dati riportati in eventuali questionari anamnestici, in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell'area riservata). Si tratta dei Dati, che Lei stesso o altri soggetti^[2] ci fornite, indispensabili per erogare, in favore del Contraente e/o dei Terzi Interessati, i servizi e/o i prodotti assicurativi richiesti.

PERCHÉ TRATTEREMO I DATI? I Dati saranno trattati per le finalità e sul presupposto delle basi giuridiche di seguito indicate:

(F1) – Predisposizione del contratto assicurativo: i Dati saranno trattati per la predisposizione del contratto assicurativo (il "Contratto");

(F2) – Esecuzione del Contratto^[3]: i Dati saranno trattati dalla Compagnia per l'erogazione dei servizi assicurativi. Precisiamo che, nell'ambito del predetto Contratto, i Dati potranno essere anche trattati per finalità antifrode (ad esempio, per verificare l'autenticità dei Dati, per prevenire il rischio di frodi, per contrastare le frodi subite) e per lo svolgimento di attività di analisi, secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie;

(F3) – Area riservata: se deciderà di registrarsi all'area riservata (l'"Area Riservata") del nostro sito, o della nostra applicazione per dispositivi mobili (l'"App"), qualora prevista dal Suo piano sanitario, tratteremo i Dati per identificarLa come nostro assicurato e per fornirLe i servizi previsti dal Contratto;

(F4) – Invio di comunicazioni di servizio: i Dati relativi ai Suoi recapiti saranno utilizzati per inviarLe avvisi e comunicazioni di servizio^[4] eventualmente anche per il tramite dell'App;

(F5) – Condivisione dei Suoi dati con gli appartenenti al nucleo familiare assicurato: al momento della registrazione all'Area Riservata, ove presente, Le sarà possibile scegliere se condividere i Suoi dati personali, anche rientranti in categorie particolari, con gli eventuali Terzi Interessati, purché appartenenti al Suo nucleo familiare assicurato, oppure se gestire in autonomia la Sua posizione. Le forniremo ulteriori informazioni sulla condivisione dei Suoi Dati con un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata;^[5]

(F6) – Perseguimento di esigenze amministrative contabili e adempimento degli obblighi normativi: i Dati saranno trattati al fine di perseguire esigenze amministrative – contabili, nonché al fine di adempiere agli obblighi normativi di settore, di volta in volta applicabili in base alle prestazioni richieste, e stabiliti da leggi, regolamenti, normativa europea o da disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di Vigilanza^[6];

(F7) – Tutela dei propri diritti: il trattamento potrà avvenire, inoltre, al fine di agire a tutela dei diritti della Compagnia, anche in via difensiva, sia in sede giudiziale, che stragiudiziale.

[1]: Ai sensi dell'articolo 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, l'appartenenza sindacale, i dati genetici, i dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

[2]: Ad esempio, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative; eventuali soggetti che abbiano stipulato nell'interesse di un terzo la polizza assicurativa; contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario; eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le Sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

[3]: A titolo esemplificativo e non esaustivo, per la raccolta dei premi; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, 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.

[4]: Le comunicazioni di servizio, che Le verranno fornite a mezzo e-mail, SMS o, limitatamente all'APP, tramite notifiche push, riguarderanno le informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri

[5]: L'informativa è messa a disposizione dell'interessato anche nella sezione "privacy" del sito web di UniSalute (<https://www.unisalute.it>).

[6]: Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, conservazione e adeguata verifica della clientela e per segnalazioni 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 un furto d'identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o previa richiesta al Responsabile per la protezione dei dati.

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
F1	a); b); c).d): nei soli casi in cui, per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, sia richiesta la compilazione di un questionario anamnestico.	Per quanto attiene alla conclusione del Contratto, la base giuridica del trattamento consiste nell'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta del Contraente. I Dati riferibili ai Terzi Interessati saranno trattati sulla base del legittimo interesse a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Precisiamo che potremo trattare Dati rientranti in categorie particolari (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per le valutazioni precontrattuali, al fine di addivenire a un'eventuale stipula del Contratto, e solamente dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento).	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste.
F2	a); b); c); d);	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Per quanto riguarda il trattamento dei Dati per finalità antifrode e per l'analisi tariffaria, la base giuridica è il legittimo interesse di UniSalute correlato (i) alla necessità di prevenire e contrastare frodi in suo danno e (ii) alla necessità di svolgere attività di analisi dei Dati per valutazioni di carattere statistico e tariffario. I Dati riferibili ai Terzi Interessati, beneficiari di polizza, acquisiti nella fase precontrattuale, saranno trattati sulla base del legittimo interesse di UniSalute a dare esecuzione alle richieste del Contraente, il quale stipula la polizza assicurativa anche (o solamente) nell'interesse di questi ultimi. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati Personali è indispensabile al perseguimento della finalità indicata; in caso di mancato conferimento non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato ^[7] .
F3	a); b); c); d)	Il trattamento è necessario per dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	Il conferimento dei Dati, in questi casi, è necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite l'Area Riservata. Il mancato conferimento dei Dati potrebbe compromettere il perseguimento di tale finalità. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F4	a); b); d)	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere ad obblighi normativi e, in ogni caso, nella necessità di dare esecuzione all'accordo stipulato con il Contraente. Tratteremo i Dati relativi alla salute unicamente sulla base del consenso esplicito del soggetto	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata. Precisiamo che tratteremo Dati rientranti in categorie particolari di dati (in specie, relativi alla salute), nei limiti di quanto strettamente necessario per l'esecuzione

[7]: Le ricordiamo che, ove il trattamento dei Suoi dati sia basato sul consenso da Lei espresso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Le facciamo inoltre presente che il trattamento dei Dati, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi di legge, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto contrattuale e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute (es.: difesa di diritti in sede giudiziaria)

#	Categorie di Dati	Base giuridica	Conferimento dei Dati
		interessato a cui si riferiscono (articolo 9, comma 2, lettera a), del Regolamento) e nei limiti di quanto strettamente necessario per dare esecuzione al Contratto.	del Contratto e dopo aver ottenuto un esplicito consenso in proposito da parte di ciascun interessato.
F5	a); b); c); d);	La base giuridica del trattamento consiste nello specifico e facoltativo consenso degli interessati. Potrà esprimere tale consenso al momento della registrazione all'Area Riservata. Le ricordiamo che Le verranno fornite ulteriori informazioni sulla condivisione dei Dati tramite un'apposita informativa al momento della registrazione all'Area Riservata.	Precisiamo, sin da subito, che il mancato rilascio del consenso non comporterà alcuna conseguenza in relazione alla stipulazione e/o all'esecuzione del Contratto, ma precluderà solamente la condivisione dei Dati. Resta ferma, inoltre, la facoltà di revocare in ogni momento il consenso; la revoca non pregiudicherà la liceità del trattamento svolto sino a quel momento.
F6	a); b); c);	La base giuridica del trattamento consiste nella necessità di adempiere agli obblighi normativi di volta in volta applicabili.	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.
F7	a); b); c); d)	La base giuridica del trattamento consiste nel legittimo interesse di UniSalute rappresentato dalla necessità di tutelare i propri diritti. Tratteremo i Dati relativi alla salute, nei soli casi in cui ciò sia strettamente necessario per difendere un diritto di UniSalute in giudizio, sulla base dell'articolo 9, comma 2, lettera f).	Il conferimento dei Suoi Dati è necessario al perseguimento della finalità indicata.

COME TRATTEREMO I SUOI DATI? I Suoi Dati saranno trattati tramite logiche e modalità, anche informatiche, strettamente pertinenti alle finalità suindicate, previa adozione delle misure di sicurezza ritenute adeguate ai rischi. I Dati saranno resi accessibili al solo personale autorizzato, nei limiti di quanto strettamente necessario allo svolgimento delle attività cui lo stesso risulta preposto.

A CHI COMUNICHEREMO I DATI? I Dati non saranno soggetti a diffusione, ma potranno essere comunicati a soggetti terzi, in ragione delle sole finalità suesposte. In particolare, i Dati potranno essere comunicati a: soggetti esterni a cui UniSalute affida lo svolgimento di attività per proprio conto (in via esemplificativa, e non esaustiva, fornitori di servizi informatici e telematici, banche coinvolte nella distribuzione delle polizze assicurative, ecc.) e con cui la stessa stipula accordi volti a disciplinare il trattamento dei Dati^[8]; ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i Dati potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre società facenti parte, come la titolare UniSalute, del Gruppo Unipol^[9]; soggetti legittimati ad accedere ai dati in forza di specifiche disposizioni normative (quali ad esempio, Autorità Giudiziaria, Autorità di polizia giudiziaria, Autorità di controllo e vigilanza, ecc.): la comunicazione è necessaria al fine di adempiere ad obblighi di legge, di regolamento o di normativa europea, ovvero in base a un provvedimento dell'Autorità Giudiziaria o di altre Autorità pubbliche. I Dati potranno altresì essere comunicati ai soggetti, pubblici o privati, esterni ad UniSalute, coinvolti o nella prestazione dei servizi assicurativi che la riguardano^[10] o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i Dati potranno essere comunicati ad altre società assicurative, anche non appartenenti al Gruppo Unipol, ove indispensabile per il perseguimento 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 non saranno trasferiti verso paesi situati al di fuori dell'Unione Europea o dello Spazio Economico Europeo; qualora ciò fosse necessario al perseguimento delle finalità suindicate, lo faremo sulla base delle misure di garanzia previste dal Regolamento, quali ad esempio una decisione di adeguatezza della Commissione Europea, ovvero la sottoscrizione di clausole contrattuali standard con l'importatore dei Dati.

PER QUANTO TEMPO TRATTEREMO I DATI? I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale in essere e successivamente conservati, per ragioni amministrativo-contabili, nonché per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili. In dettaglio:

Finalità	Termine di conservazione
F1	I Suoi Dati saranno trattati per l'intera durata della fase precontrattuale. In caso di mancata sottoscrizione, i Dati non saranno conservati.
F2, F3, F4	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale.
F5	I Suoi Dati saranno trattati per la durata del rapporto contrattuale. Alla cessazione del Contratto, la condivisione si interromperà.
F6	I Suoi Dati saranno conservati per l'adempimento degli obblighi normativi di volta in volta applicabili (amministrativi, fiscali, assicurativi, ecc.), di regola dieci (10) anni.
F7	Per i termini prescrizionali previsti dalla normativa di settore, nonché per la durata dell'eventuale contenzioso.

[8]: Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

[9]: Per l'elenco completo e aggiornato di tutte le società facenti parte del Gruppo Unipol, si rinvia al sito www.unipol.com.

[10]: In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati, entro i limiti di quanto strettamente necessario per le finalità indicate, a società del Gruppo Unipol e a soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea, 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; 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).

I SUOI DIRITTI La normativa sulla privacy (articoli da 15 a 22 del Regolamento) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai Dati che La riguardano, di ottenere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione, se trattati illecitamente, e la portabilità dei Dati che Lei ci ha fornito, qualora trattati in modo automatizzato sulla base di un Suo consenso o per le prestazioni contrattuali da Lei richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (articolo 20).

La normativa sulla privacy Le attribuisce, altresì, il diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei Dati, se ne ricorrono i presupposti, e di opporsi al trattamento per motivi legati alla Sua situazione particolare. Ove il trattamento dei Dati sia basato sul Suo consenso, Lei ha il diritto di revocarlo in ogni momento, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso rilasciato prima della revoca. Il Responsabile per la protezione dei dati è a Sua disposizione per chiarimenti sul trattamento dei Suoi Dati e per l'esercizio dei Suoi diritti: può contattarlo all'indirizzo di posta elettronica: privacy@unisalute.it. Resta fermo il Suo diritto di rivolgersi al Garante Privacy, anche attraverso la presentazione di un reclamo, ove ritenuto necessario, per la tutela dei Suoi Dati e dei Suoi diritti.