

Fascicolo Informativo

Contratto di assicurazione sanitaria

Piano IPM Iscritti G.A.A.T.

Redazione del 23/05/2018

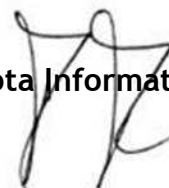
Il presente Fascicolo Informativo contenente

a) Nota Informativa comprensiva del Glossario;

b) Condizioni di assicurazione;

c) Informativa privacy,

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.



INDICE

NOTA INFORMATIVA	1
A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE.....	1
1. Informazioni generali	1
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa	1
B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO.....	2
3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni	2
4. Periodi di carenza contrattuali	3
5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità ..	3
6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione	3
7. Premi.....	3
8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate	3
9. Diritto di recesso	3
10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto.....	3
11. Legislazione applicabile	3
12. Regime fiscale	3
C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI	3
13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo	3
14. Reclami	4
15. Arbitrato irrituale	5
GLOSSARIO	6
CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	1
2. PERSONE ASSICURATE	1
3. INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA	1
4. SOMMA ASSICURATA	1
5. SERVIZI DI CONSULENZA.....	1
6. PREMIO.....	1
7. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	1
8. INCLUSIONI / ESCLUSIONI	2
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	2
A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE.....	2
A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	2
A.4 ONERI FISCALI/MODIFICHE LEGISLATIVE	2
A.6 FORO COMPETENTE	2
A.7 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	2
A.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	2
A.9 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	3
A.10 ALTRE ASSICURAZIONI	3
A.11 AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE	3
A.12 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	3
C.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO	4
C.3 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	9
C.4 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE.....	10
C.5 CLAUSOLA BROKER.....	10
C.6. COASSICURAZIONE E DELEGA.....	11
INFORMATIVA PRIVACY	1
QUALI DATI RACCOGLIAMO	1
PERCHÈ TI CHIEDIAMO I DATI	1
COME TRATTIAMO I TUOI DATI	1
QUALI SONO I TUOI DIRITTI	1



NOTA INFORMATIVA

Redazione del 23/05/2018

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione sanitaria "Piano IPM Iscritti G.A.A.T." (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

Gentile Cliente,

siamo lieti di fornirLe alcune informazioni relative a UniSalute S.p.A. ed al contratto che Lei sta per concludere.

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni che riguardano limitazioni ed esclusioni sono identificate nella presente Nota in questo modo **Avvertenze** e nelle Condizioni di assicurazione in **grassetto**, e sono da leggere con particolare attenzione.

Per consultare gli aggiornamenti delle informazioni contenute nella presente Nota Informativa e nel Fascicolo Informativo non derivanti da innovazioni normative si rinvia al sito internet: www.unisalute.it.

UniSalute S.p.A. comunicherà per iscritto al contraente le modifiche derivanti da future innovazioni normative.

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

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

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

La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un' "Area provv. IVASS 7/2013" accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall' "AREA SERVIZI CLIENTI" già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia. Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

- A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE
- B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO
- C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

- a. UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al n. 046.
- b. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).
- c. Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 - sito internet www.unisalute.it - indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it
- d. La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicurative: 1.00084.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Le informazioni che seguono sono inerenti all'ultimo bilancio approvato relativo all'esercizio 2016.

Patrimonio netto: milioni di € 140,678

Capitale sociale: milioni di € 17,5

Totale delle riserve patrimoniali: milioni di € 123,178

L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2016, determinato ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, è pari a

1,14 volte il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR). I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della cosiddetta formula standard market wide.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacito rinnovo.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto.

3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

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

Avvertenza: le coperture assicurative sono soggette a limitazioni ed esclusioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Sono altresì previsti limiti di età oltre i quali l'assicurazione non può essere stipulata o rinnovata. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

a) STATI DI INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

La Società indennizza, nei limiti del capitale assicurato le conseguenze di malattie, manifestatesi successivamente alla data di effetto della polizza e prima della sua cessazione, che provochino all'Assicurato una invalidità permanente di grado superiore alla soglia prevista.

Nel caso di malattie preesistenti all'effetto di copertura, l'assicurazione vale limitatamente alla percentuale di invalidità attribuibile all'aggravamento di Invalidità permanente successivo all'ingresso in copertura.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

b) SERVIZI DI CONSULENZA

La Società fornisce servizi di consulenza telefonica quali:

- Informazioni sanitarie
- Prenotazione di prestazioni sanitarie
- Pareri medici

La Società si obbliga a mettere ad immediata disposizione dell'Assicurato, nei limiti e con le prestazioni previste nelle Condizioni di assicurazione, un aiuto nel caso in cui questi venga a trovarsi in difficoltà a seguito del verificarsi di uno degli eventi previsti nella sezione di Servizi di Consulenza delle Condizioni di Assicurazione.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie e somme assicurate. Si rinvia agli articoli delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Per facilitarne la comprensione da parte del Contraente/Assicurato, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento della garanzia "Stati di invalidità permanente da malattia":

Meccanismo di funzionamento della garanzia "Stati di invalidità permanente da malattia"

1° Esempio

Viene diagnosticata una malattia che porterà una invalidità accertata del 38%. La somma assicurata è di € 250.000,00.

L'indennizzo è calcolato nel seguente modo:

Somma assicurata per invalidità: intera somma € 250.000,00

Franchigia fissa: 50%

Invalidità accertata: 38%

Invalidità da liquidare: 0% (come da tabella liquidativa prevista all'art. C.1.2 "Determinazione dell'indennizzo da parte della compagnia").

Importo liquidato: € 0

2° Esempio

Viene diagnosticata una malattia che porterà una invalidità accertata del 76%. La somma assicurata è di € 250.000,00.

L'indennizzo è calcolato nel seguente modo:

Somma assicurata per invalidità: intera somma € 250.000,00

Franchigia fissa: nessuna

Invalidità accertata: 76%

Invalidità da liquidare: 100% (come da tabella liquidativa prevista all'art. C.1.2 "Determinazione dell'indennizzo da parte della compagnia").

Importo liquidato: 100% x € 250.000,00 = € 250.000,00



4. Periodi di carenza contrattuali

Non sono previsti periodi di carenza contrattuale.

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

Non sono previste dichiarazioni sulle circostanze del rischio né la compilazione del questionario sanitario.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni della professione

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

7. Premi

Il premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società oppure all'agenzia/intermediario assicurativo, qualora presente, al quale è stato assegnato il contratto della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

La Società può concedere il pagamento frazionato del premio annuale in rate (semestrali - quadrimestrali - trimestrali) anticipate senza oneri aggiuntivi.

Annuali

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'articolo delle Condizioni di assicurazione.

Avvertenza: Qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del novantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Non è previsto alcun adeguamento del premio o delle somme assicurate.

9. Diritto di recesso

Non è previsto il diritto di recesso.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952, comma 2, del codice civile).

11. Legislazione applicabile

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

12. Regime fiscale

Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Obblighi dell'assicurato in caso di Sinistro

Entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza, l'Assicurato o chi per esso dovrà tempestivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute e denunciare in forma scritta alla Società ogni singola malattia che, secondo il parere medico, possa provocare una invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza.

Qualora, in occasione del sinistro, emergessero elementi rilevanti sullo stato di salute dell'Assicurato, la Società ha la facoltà di richiedere la documentazione sanitaria ad essi pertinente.

La denuncia del sinistro può essere presentata non oltre due anni dalla cessazione del contratto stesso, sempreché la malattia si sia manifestata entro il periodo di validità dell'assicurazione.

E' necessario inviare alla Società tutta la documentazione medica in possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche in caso di ricoveri o, qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalidità civile, copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.

La Società avrà sempre la possibilità di far valutare lo stato di salute dell'assicurato da un medico di propria fiducia e di condizionare la liquidazione del sinistro all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

Criteria di indennizzabilità

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

Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti.

Nel corso dell'assicurazione, le malattie che abbiano già avuto riconoscimento di indennizzo per l'invalidità permanente riscontrata non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove patologie.

I criteri di indennizzabilità vengono schematizzati nella tabella presente nel medesimo articolo nelle Condizioni di assicurazione.

Determinazione dell'indennizzo da parte della Compagnia

L'Invalidità Permanente viene accertata non prima di 6 mesi dalla data di denuncia della malattia, e comunque in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa.

La percentuale di Invalidità Permanente viene determinata in base a parametri indicativi per ogni sistema organo funzionale, così come previsto nell'art. "C.2 Parametri di riferimento per la valutazione della invalidità permanente da malattia" presente nelle Condizioni di Assicurazione.

Nei casi di invalidità che colpiscano apparati non specificati nella presente polizza, per la valutazione dell'invalidità permanente si farà riferimento alle percentuali contenute nella Tabella Ania.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificata nel suddetto capitolo la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita validità fisica dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata.

La Società liquida un indennizzo, calcolato sulla somma assicurata, tenendo conto che nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 25%.

Pagamento dell'indennizzo

Ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia, valutato l'indennizzo, la Società deve provvedere al pagamento che viene liquidato in Italia in Euro.

Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo è stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Qualora il pagamento dell'indennizzo corrisponda al 100% della somma assicurata, l'importo così corrisposto deve intendersi comprensivo di qualsiasi altra eventuale somma dovuta dalla Società o da altra compagnia del Gruppo per eventi ricollegabili dalla medesima patologia che ha originato l'invalidità permanente oggetto della presente copertura assicurativa.

14. Reclami

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

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

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

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

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



Pagina 4 di 7

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

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

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

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

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

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

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

- procedimento di mediazione innanzi ad un organismo di mediazione ai sensi del Decreto Legislativo 4 marzo 2010 n. 28 (e successive modifiche e integrazioni); in talune materie, comprese quelle inerenti le controversie insorte in materia di contratti assicurativi o di risarcimento del danno da responsabilità medica e sanitaria, il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale. A tale procedura si accede mediante un'istanza da presentare presso un organismo di mediazione tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di negoziazione assistita ai sensi del Decreto Legge 12 settembre 2014 n. 132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n. 162); a tale procedura si accede mediante la stipulazione fra le parti di una convenzione di negoziazione assistita tramite l'assistenza di un avvocato di fiducia, con le modalità indicate nel predetto Decreto;
- procedura di Commissione Paritetica o Arbitrato ove prevista dalle Condizioni di Assicurazione

Avvertenza: In relazione alle controversie inerenti l'attivazione delle garanzie o la quantificazione delle prestazioni si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

15. Arbitrato irrituale

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

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio medico 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.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Avvertenza: Per il significato dei termini utilizzati nella presente nota informativa e nelle Condizioni di assicurazione si rimanda alle definizioni di cui alla sezione "GLOSSARIO".



Pagina 5 di 7

GLOSSARIO

Anno

Periodo di tempo pari a trecentosessantacinque giorni, o a trecentosessantasei giorni in caso di anno bisestile.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

E' la struttura di UniSalute costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni previste dalla polizza.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

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).

Fascicolo informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

Franchigia

La percentuale di Invalidità Permanente minima che non viene indennizzata all'Assicurato.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio

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

Invalidità permanente da malattia

Perdita o diminuzione definitiva ed irrimediabile a seguito di malattia, della capacità fisica dell'Assicurato, indipendentemente dalla sua professione.

Ivass

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013

Malattia

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

Malattie coesistenti

Le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che non determinano alcuna influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano sistemi organo-funzionali diversi.

Malattie concorrenti

Le malattie o invalidità presenti nell'Assicurato che determinano una influenza peggiorativa sulla malattia denunciata e sull'invalidità da essa causata, in quanto interessano uno stesso sistema organo-funzionale.



Pagina 6 di 7

Malformazione

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

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

I mezzi di pagamento consentiti dalla Società sono quelli previsti dalla normativa vigente.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per la Società.

Società

Unisalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Somma assicurata

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

UniSalute S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

UniSalute S.p.A.
L'Amministratore Delegato

Fiammetta Fabris





CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Edizione del 30/06/2017

Redazione del 23/05/2018

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La presente assicurazione vale per il caso di Invalidità Permanente non inferiore al 50% che sia conseguenza diretta ed esclusiva di una malattia. Nel caso di malattie preesistenti all'effetto di copertura, l'assicurazione vale limitatamente alla percentuale di invalidità attribuibile all'aggravamento di Invalidità permanente successivo all'ingresso in copertura.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore degli Agenti iscritti al GAAT - Gruppo Agenti di Assicurazione Toro -.

3. INVALIDITA' PERMANENTE DA MALATTIA

La Società liquiderà una somma di danaro, a titolo di indennizzo, da calcolarsi in percentuale sulla somma assicurata, secondo lo schema di cui al punto C.1.2 Determinazione dell'Indennizzo da parte della Compagnia. In caso di malattie coesistenti, ogni patologia invalidante verrà valutata singolarmente, mentre in caso di malattie concorrenti verrà valutata un'invalidità complessiva.

In nessun caso si procederà a liquidazione di indennizzo per i casi di Invalidità Permanente accertata di grado inferiore al 50%

4. SOMMA ASSICURATA

La somma assicurata per la garanzia sopra descritta corrisponde a € 250.000,00 per ogni assicurato.

5. SERVIZI DI CONSULENZA

In Italia

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

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) 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.

6. PREMIO

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

a) Per ogni Agente € 250,00

7. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per gli agenti avrà effetto dalle ore 24.00 del 30/06/2018



8. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Premesso che non si prevede la possibilità di attivazione della copertura per gli agenti, i quali non abbiano aderito alla stessa entro i termini di cui all'art. 2 "Persone assicurate", le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

1) Inserimento di nuovi agenti in data successiva all'effetto di polizza

Le inclusioni di agenti in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove nomine. La garanzia per l'agente indicato al punto 2 "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno della nomina sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora la nomina venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Relativamente alle inclusioni nel corso del periodo assicurativo prevista al numero 1 del presente punto, il premio da corrispondere all'atto dell'inserimento nella garanzia corrisponde:

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

2) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del mandato, l'ex-agente viene mantenuto nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato nella polizza, se il premio o la prima rata sono stati pagati, diversamente ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

I premi devono essere pagati alla Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del novantesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24.00 del 30/06/2019.

In mancanza di disdetta, l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra Parte a mezzo raccomandata, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI/MODIFICHE LEGISLATIVE

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

A.6 FORO COMPETENTE

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

A.7 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 c.c., il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

A.8 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A.9 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

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

A.10 ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'assicurato di darne avviso per iscritto in caso di sinistro, ai sensi dell'art. 1910 c.c. .

A.11 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

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

A.12 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

Sono escluse dall'assicurazione le invalidità conseguenti:

1. a difetti fisici e malformazioni manifestatisi anteriormente alla stipula del contratto;
2. a malattie mentali, disturbi psichici e del comportamento in genere, compresi i comportamenti nevrotici, psicosi, depressioni e loro conseguenze;
3. a prestazioni mediche aventi finalità estetiche, compresi trattamenti estetici, cure dimagranti e dietetiche e loro conseguenze;
4. a malattie dovute all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
5. a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose in genere;
6. a trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi x, ecc.), sia in modo diretto che in modo indiretto;
7. a guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
8. a prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale e loro conseguenze.

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

B.3 PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infezione H.I.V. o da sindromi organiche cerebrali.

B.4 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 70° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 71° anno d'età da parte dell'Assicurato.



Pagina 3 di 13

C - SINISTRI

C.1 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

L'Assicurato o chi per esso dovrà tempestivamente contattare la Centrale Operativa di Unisalute al numero verde gratuito **800-009644** (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046). L'Assicurato deve denunciare in forma scritta alla Società ogni singola malattia che, secondo il parere medico, possa provocare una invalidità permanente indennizzabile a termini di polizza. La denuncia deve essere fatta per iscritto alla Direzione della Società entro 30 giorni dal sinistro o dal momento in cui il Contraente, l'Assicurato o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità o conoscenza, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.

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

Qualora, in occasione del sinistro, emergessero elementi rilevanti sullo stato di salute dell'Assicurato, la Società ha la facoltà di richiedere la documentazione sanitaria ad essi pertinente. In caso di scadenza del contratto prima che la malattia sia stata denunciata, la relativa denuncia può essere presentata non oltre due anni dalla cessazione del contratto stesso, sempreché la malattia si sia manifestata entro il periodo di validità dell'assicurazione.

E' necessario che l'Assicurato invii alla Società tutta la documentazione medica in suo possesso, comprese le copie integrali delle relative cartelle cliniche in caso di ricoveri.

Qualora sia stata attivata una richiesta di riconoscimento dell'indennità di accompagnamento o invalidità civile è utile inviare copia della domanda stessa, della documentazione acclusa e del relativo esito.

La Società avrà sempre la possibilità di far valutare lo stato di salute dell'assicurato da un medico di propria fiducia e di condizionare la liquidazione del sinistro all'effettuazione degli esami o accertamenti ritenuti necessari.

C.1.1 CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ

La Società corrisponde l'indennizzo per le conseguenze dirette ed esclusive causate dalla singola malattia denunciata. Qualora la malattia colpisca un soggetto già affetto da altre patologie, oltre a quanto disposto dal precedente punto B.2 Esclusioni dall'Assicurazione, è comunque ritenuto non indennizzabile il maggior pregiudizio derivante da condizioni menomative coesistenti. Nel corso dell'assicurazione, le malattie che abbiano già avuto riconoscimento di indennizzo per l'invalidità permanente riscontrata non potranno essere oggetto di ulteriore valutazione sia in caso di loro aggravamento, sia in caso di loro concorrenza con nuove patologie. Pertanto, nel caso in cui la malattia colpisca un soggetto la cui invalidità sia già stata indennizzata per una precedente malattia, la valutazione dell'ulteriore invalidità "residuale" andrà effettuata in modo autonomo, senza tenere conto del maggior pregiudizio arrecato dalla preesistente condizione menomativa.

A maggior chiarimento dei criteri di indennizzabilità si fa riferimento allo schema sotto riportato:

Status cliente	Valutazione di polizza
Cliente già affetto da patologia invalidante alla data di effetto polizza	Liquidazione non prevista.
Cliente già affetto da patologia invalidante alla data di effetto polizza con aggravamento della stessa	Valutazione dell'Invalidità permanente derivante dall'eventuale peggioramento successivo all'ingresso in copertura.
Cliente già affetto da patologia invalidante alla data di effetto polizza con diagnosi di nuova malattia invalidante coesistente o concorrente.	Valutazione dell'invalidità permanente derivante dalla nuova malattia denunciata, senza tener conto del maggiore pregiudizio derivante dalla precedente malattia invalidante.
Cliente a cui è stata già liquidata un'invalidità ma con nuova malattia invalidante coesistente o concorrente	Nulla è più dovuto in quanto mai l'indennizzo totale potrà superare il 100% del capitale assicurato, anche a fronte di più sinistri denunciati in più anni.
Cliente a cui è stata già liquidata un'invalidità per la stessa malattia ora in aggravamento	Nulla è dovuto oltre a quanto già pagato, in quanto la valutazione medico legale tiene conto degli sviluppi della malattia invalidante.
Cliente affetto da invalidità derivanti da malattie concorrenti insorte in effetto polizza	L'invalidità permanente sarà il risultato di una valutazione complessiva
Cliente affetto da invalidità derivanti da malattie coesistenti insorte in effetto polizza	L'invalidità permanente derivante da ciascuna malattia coesistente sarà valutata singolarmente



Pagina 4 di 13

C.1.2 DETERMINAZIONE DELL'INDENNIZZO DA PARTE DELLA COMPAGNIA

L'Invalidità Permanente viene accertata non prima di 6 mesi dalla data di denuncia della malattia, e comunque in base a giudizio medico sul grado di stabilizzazione della stessa. La percentuale di Invalidità Permanente viene determinata ai sensi di quanto esposto al successivo punto C.2 della presente Sezione C-Sinistri, dal titolo "Parametri di riferimento per la valutazione della Invalidità Permanente da Malattia" dove sono specificati, per ogni sistema organo funzionale:

- i criteri di valutazione;
- le condizioni che determinano una percentuale di Invalidità Permanente inferiore al 50%;
- le condizioni che determinano una percentuale di Invalidità Permanente superiore al 50%.

Nei casi di invalidità che colpiscano apparati non specificati nell'articolo "Parametri di riferimento per la valutazione dell'Invalidità Permanente da Malattia", per la valutazione dell'invalidità permanente si farà riferimento all'allegata Tabella redatta sulla base dei principi ANIA relativi alla valutazione delle invalidità permanenti, che esplicita la percentuale di invalidità permanente legata alla perdita anatomica o funzionale di alcuni organi o parti di essi, conseguente a patologia insorta durante l'operatività del contratto.

Nei casi di Invalidità Permanente non specificata nel suddetto capitolo la percentuale di invalidità è accertata in riferimento ai parametri ed ai criteri di valutazione ivi indicati, tenendo conto della diminuita validità fisica dell'Assicurato, indipendentemente dalla professione esercitata. La Società liquida un indennizzo, calcolato sulla somma assicurata, secondo lo schema seguente, fermo restando che nessun indennizzo spetta all'Assicurato quando l'Invalidità Permanente accertata sia di grado inferiore al 50%.

Fasce	Grado % della Invalidità Permanente	Indennizzo da liquidare
I°	Invalidità tra lo 0% fino 50% escluso	0
II°	Invalidità tra il 50% compreso fino al 100%	100%

C.1.3 PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO

Ricevuta la necessaria documentazione, verificata l'operatività della garanzia, valutato l'indennizzo, la Società deve provvedere al pagamento che viene liquidato in Italia in Euro. Il diritto all'indennizzo è di carattere personale e non è quindi trasmissibile agli eredi. Tuttavia, se l'Assicurato muore dopo che l'indennizzo è stato liquidato o comunque offerto in misura determinata, la Società paga agli eredi dell'Assicurato l'importo liquidato od offerto, secondo le norme della successione testamentaria o legittima.

Qualora il pagamento dell'indennizzo corrisponda al 100% della somma assicurata, l'importo così corrisposto deve intendersi comprensivo di qualsiasi altra eventuale somma dovuta dalla Società o da altra compagnia del Gruppo per eventi ricollegabili dalla medesima patologia che ha originato l'invalidità permanente oggetto della presente copertura assicurativa.

C.2 PARAMETRI DI RIFERIMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA INVALIDITÀ PERMANENTE DA MALATTIA

In relazione a quanto previsto nel punto C.1.2 Determinazione dell'indennizzo, i criteri ed i parametri per la liquidazione dell'indennizzo sono quelli di seguito elencati.

SISTEMA NERVOSO CENTRALE

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

CRITERI DI VALUTAZIONE

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



Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il soggetto comprende l'eloquio, ma non può produrre un linguaggio appropriato; ▪ il soggetto presenta alterazioni delle funzioni cerebrali integrate complesse tanto da necessitare di un controllo o supervisione per incombenze particolari; ▪ disordini neurologici che comportano una moderata alterazione cronica dello stato di coscienza; ▪ disturbi episodici (sincopi, crisi epilettiche, convulsioni), tali da interferire moderatamente sulle attività quotidiane; ▪ il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma cammina con difficoltà su superfici pianeggianti; ▪ presenza di attività vescicale e rettale riflessa, con marcata riduzione del controllo volontario. 	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il soggetto non può comprendere o produrre un linguaggio comprensibile con impossibilità completa a comunicare; ▪ il soggetto non può prendere cura di sé stesso nella maggior parte delle situazioni giornaliere; ▪ disordini neurologici cronici che comportano uno stato stuporoso persistente; ▪ episodi sincopali e/o epilettici e/o convulsivi frequenti, non controllabili dalla terapia e tali da limitare grandemente le attività della vita di ogni giorno; ▪ il soggetto può mantenere la stazione eretta, ma è assolutamente incapace a deambulare; ▪ alterazione della motilità degli arti inferiori con scomparsa dei riflessi e del controllo degli sfinteri vescicale e rettale e perdita della funzione sessuale.

APPARATO CARDIO-VASCOLARE

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

CRITERI DI VALUTAZIONE

- Classificazione dell'insufficienza cardiaca proposta dalla New York Heart (NYHA):
 - classe 1: l'attività fisica abituale non provoca affaticamento né palpitazioni;
 - classe 2: l'attività fisica abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - classe 3: a riposo i pazienti non hanno questo tipo di disturbi, ma già una attività fisica inferiore a quella abituale provoca affaticamento, palpitazioni, dispnea o dolore anginoso;
 - classe 4: i sintomi della cardiopatia congestizia sono presenti anche a riposo. Ciascun tipo di attività fisica aggrava i disturbi.
- Pressione arteriosa.
- Efficacia della terapia medica e chirurgica.
- Criteri clinici generali.

Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%	Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%
<p>I postumi della malattia non comportano nessuna delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 non controllabili da adeguata terapia; ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con dilatazione o ipertrofia cardiaca o moderata valvulopatia; ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con ostruzione fissa o dinamica, non inferiore al 50%, di una sola arteria coronarica; ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di angioplastica o di bypass coronarico; ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma in presenza di segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva; ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 2 correggibile terapeuticamente, ma con pressione diastolica superiore a 95 mmHg nonostante la terapia anti ipertensiva e con ipertrofia ventricolare sinistra senza segni di scompenso; 	<p>I postumi della malattia comportano almeno una delle seguenti condizioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 4 non correggibile da terapia medica o chirurgica; ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con ostruzione del 50% di almeno un ramo coronarico non più correggibile chirurgicamente; ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non correggibile terapeuticamente, e con pressione diastolica superiore a 115 mmHg, nonostante la terapia anti ipertensiva e con segni di insufficienza renale o cerebrovasculopatia o ipertrofia ventricolare o retinopatia ipertensiva; ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con segni di miocardiopatia dilatativa, ipertrofica o restrittiva; ▪ soggetto in classe funzionale NYHA 3 non controllabile terapeuticamente, e con aritmie costanti e segni di inadeguata gittata cardiaca o con ricorrenti episodi sincopali.



<ul style="list-style-type: none"> ▪ soggetto con persistenti aritmie non correggibile terapeuticamente, ma che riescono comunque a condurre una vita attiva. 	
--	--

APPARATO RESPIRATORIO

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

CRITERI DI VALUTAZIONE

- funzionalità respiratoria calcolata in base ai seguenti parametri spirometrici: FVC, FVC 1, FVC 1/FVC. Tali parametri debbono essere ottenuti con buona collaborazione del soggetto e, in caso di componente broncospastica, dopo test di broncodilatazione. I risultati ottenuti vanno poi riferiti ai valori teorici CECA previsti per un soggetto di pari età e sesso;
- concentrazione di ossigeno nel sangue arterioso (PaO₂) riferita al valore teorico previsto per un soggetto di pari età;
- criteri clinici generali.

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

APPARATO DIGERENTE

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

CRITERI DI VALUTAZIONE

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

<p>Condizioni che determinano una I.P. inferiore al 25%</p>	<p>Condizioni che determinano una I.P. superiore al 74%</p>
<p>ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato sono controllati agevolmente dalla terapia e/o da modeste restrizioni dietetiche e la perdita di peso determinata dalla malattia non supera il 10% del valore teorico e nel caso di malattie pancreatiche croniche, non sono documentati episodi di recidive.</p>	<p>ESOFAGO, STOMACO, INTESTINO TENUE E PANCREAS I postumi della malattia o del trattamento chirurgico che essa ha comportato non sono controllabili dalla terapia medica nè dalla dieta, non sono correggibili da ulteriori interventi chirurgici ed impediscono lo svolgimento della maggior parte delle attività abituali; e la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.</p>



<p style="text-align: center;">COLON, SIGMA E RETTO</p> <p>I postumi della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi soggettivi modesti e saltuarie alterazioni dell'alvo</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>il trattamento prevede restrizioni alimentari marginali ed una terapia farmacologica solo sintomatica.</p> <p style="text-align: center;">FEGATO</p> <p>I dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica non si correlano a manifestazioni cliniche di insufficienza epatica</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>non sono documentati precedenti episodi di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>i postumi della malattia non compromettono lo stato di nutrizione.</p>	<p style="text-align: center;">COLON, SIGMA E RETTO</p> <p>I postumi organici della malattia o del suo trattamento chirurgico comportano disturbi severi, una persistente alterazione dell'alvo e manifestazioni generali quali ad esempio febbre ed anemia cronica</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>la perdita di peso determinata dalla malattia supera il 20% del valore teorico.</p> <p style="text-align: center;">FEGATO</p> <p>Sono presenti dati strumentali e laboratoristici indicativi di una epatopatia cronica evolutiva e/o di importante insufficienza della funzionalità epatica</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>sono documentati episodi recidivanti e non controllabili da adeguate terapie di ascite o di sanguinamento da varici del tubo digerente o di encefalopatia epatica</p> <p style="text-align: center;">e</p> <p>lo stato di nutrizione è gravemente compromesso.</p>
---	--

APPARATO URINARIO

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

CRITERI DI VALUTAZIONE

- determinazione della clearance della creatinina (valori corretti in base alla superficie corporea);
- valori diastolici della pressione arteriosa;
- determinazione quantitativa della proteinuria;
- efficacia del trattamento medico e chirurgico;
- criteri clinici generali.

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

SISTEMA ENDOCRINO

I postumi delle malattie che colpiscono le ghiandole endocrine, quali ad esempio le tiroiditi, i gozzi, il diabete mellito e quello insipido, le malattie delle paratiroidi, delle ghiandole surrenali, dell'ipofisi, i tumori, ecc., verranno valutati in base ai seguenti:

CRITERI DI VALUTAZIONE

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



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

SISTEMA EMATOPOIETICO E LINFATICO

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

CRITERI DI VALUTAZIONE

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

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

MALATTIE NEOPLASTICHE

I postumi di tutte le forme tumorali, qualsiasi organo, apparato o sistema colpiscano, verranno valutati in base ai seguenti:

CRITERI DI VALUTAZIONE

- gli esiti obiettivati a carico dell'organo o apparato o sistema colpito, dopo le cure mediche e/o chirurgiche;
 - la prognosi in riferimento alle ulteriori possibilità terapeutiche ed alle eventuali localizzazioni metastatiche.
- A. Se la malattia neoplastica è stata adeguatamente curata con terapia medica e/o chirurgica, ed al momento della valutazione non vi sono segni laboratoristici e/o strumentali di diffusione metastatica, la valutazione dell'invalidità permanente è fatta in riferimento alla condizione menomativa accertabile in quel momento degli organi, apparati o sistemi interessati, secondo i criteri previsti nella presente tabella.
- B. Se la malattia neoplastica comporta al momento della valutazione una prognosi a breve termine sfavorevole per la vita, o perché non più suscettibile di trattamento risolutivo o perché è presente una diffusione metastatica, verrà riconosciuta una invalidità superiore al 74% indipendentemente dalle alterazioni funzionali obiettivabili.

C.3 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

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

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

C.4 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Per eventuali controversie che dovessero insorgere fra le Parti in ordine all'interpretazione, all'applicazione ed all'esecuzione del presente contratto, potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale irrituale composto da tre Arbitri.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo, o, in caso di dissenso, dal Presidente del Tribunale del luogo di residenza dell'Assicurato.

Il Collegio Arbitrale si riunirà nel comune in cui ha sede l'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 esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

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

C.5 CLAUSOLA BROKER

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

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

Il Contraente dichiara di aver affidato la gestione del presente contratto al Broker ASSIGECO S.r.l Via Carlo Crivelli,26 - 20122 Milano (Italia) e le Imprese assicuratrici hanno convenuto di affidarne la delega all'impresa UniSalute; di conseguenza tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker ASSIGECO S.r.l il quale tratterà con l'impresa Delegataria, informandone le Coassicuratrici.

Queste ultime saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Delegataria per la gestione del contratto, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, attribuendole a tal fine ogni facoltà necessaria, ivi compresa quella di incaricare esperti (periti, medici, consulenti, ecc.). E' fatta soltanto eccezione per l'incasso dei premi di polizza, il cui pagamento verrà effettuato dal Contraente per il tramite del Broker direttamente nei confronti di ciascuna Coassicuratrice.

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

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

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza della Delegataria da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte alla Delegataria soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima ed alla condizione essenziale che la loro data sia oggettivamente certa. In ogni caso, le comunicazioni comportanti la decorrenza di un termine ovvero un aggravamento del rischio dovranno essere fatte alla Delegataria e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte della Delegataria stessa.

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

Qualora il Contraente (o l'Azienda) revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, attribuendo le Parti esclusivo rilievo alla volontà espressa dal Contraente, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa. L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a

qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

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

Tale documentazione verrà tempestivamente trasmessa dal Broker alla Delegataria.

C.6. COASSICURAZIONE E DELEGA

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

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

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

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

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

Riparto di coassicurazione:

UNISALUTE	70% DELEGATARIA
UnipolSai	30% COASSICURATRICE

Tabella utilizzata per la valutazione delle Invalidità Permanenti conseguenti a patologia

Tabella ANIA		
Invalidità Permanente		
Tipologia di sinistro	Percentuale di invalidità permanente	
	Destro	Sinistro
Perdita totale di un arto superiore	70%	60%
Perdita della mano o di un avambraccio	60%	50%
Perdita di un arto inferiore al di sopra del ginocchio	60%	60%
Perdita di un arto inferiore all'altezza o al di sotto del ginocchio	50%	50%
Perdita di un piede	40%	40%
Perdita del pollice	18%	16%
Perdita di una falange del pollice	9%	8%
Perdita dell'indice	14%	12%
Perdita del mignolo	12%	10%
Perdita del medio	8%	6%
Perdita dell'anulare	8%	6%
Perdita di una falange di altro dito della mano	1/3 del dito	
Perdita di un alluce	5%	5%
Perdita di una falange dell'alluce	2,5%	2,5%
Perdita di un altro dito del piede	3%	3%
Perdita di una falange di altro dito del piede	1%	1%
Sordità completa di un orecchio	10%	10%
Sordità completa di ambedue gli orecchi	40%	
Perdita totale della facoltà visiva di un occhio	25%	25%
Perdita totale della facoltà visiva di ambedue gli occhi	100%	
Stenosi nasale assoluta monolaterale	4%	
Stenosi nasale assoluta bilaterale	10%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra cervicale	12%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra dorsale	5%	
Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo della 12a vertebra dorsale	10%	



Esiti di frattura amielica somatica con deformazione a cuneo di una vertebra lombare	10%
Esiti di frattura del sacro	3%
Esiti di frattura del coccige con callo deforme	5%
Postumi di trauma distorsivo cervicale con contrattura muscolare e limitazione dei movimenti del capo e del collo	2%
Perdita anatomica di un rene	15%
Perdita anatomica della milza	10%

Nota: in caso di constatato mancino, le percentuali di invalidità permanente stabilite per l'arto destro si riferiscono all'arto sinistro, e viceversa.



INFORMATIVA PRIVACY

Informativa al cliente sull'uso dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti

Gentile Cliente, ai sensi dell' Art. 13 Regolamento (UE) n. 679/2016 – Regolamento generale sulla protezione dei dati (di seguito anche "il Regolamento"), ti informiamo che, per fornirti i nostri prodotti e/o servizi assicurativi, eventualmente anche a favore dei tuoi familiari assicurati, UniSalute S.p.A. ha la necessità di utilizzare alcuni dati che ti riguardano e che riguardano i tuoi familiari e conviventi, per le finalità e nei termini di seguito indicati.

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica), che tu stesso o altri soggetti¹ ci fornisci, indispensabili per fornirti i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione², e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza³. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirti correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a tuoi recapiti (recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica) può inoltre risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

Se deciderai di registrarti all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o di scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili utilizzeremo questi dati anche per identificarti come nostro assicurato e per fornirti i servizi previsti dalla tua polizza ed inviarti le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permettere a te ed ai tuoi familiari eventualmente assicurati di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro portale internet o direttamente tramite l'App UniSalute dal tuo *smartphone*, e per fornirti, a mezzo email, SMS o, limitatamente all'App, tramite notifiche *push*, informazioni sullo stato delle tue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri, anche riguardanti la posizione dei tuoi familiari eventualmente assicurati.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati⁴ (idonei a rivelare le tue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello *smartphone* per l'App) per dare corso alle prestazioni previste dalla tua polizza e per fornirti i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite)² e per adempimenti normativi³. Il conferimento di questi dati è necessario per poterti fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso tuo o del tuo eventuale familiare/convivente interessato⁵.

I tuoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che ti riguardano⁶ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa³. I tuoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno 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, 10 anni).

PERCHÉ TI CHIEDIAMO I DATI

I tuoi 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 te 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 dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i tuoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁸. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I tuoi dati e quelli dei tuoi familiari eventualmente assicurati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che ti riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁷. Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UniSalute, del Gruppo Unipol⁸.

Potremo trattare eventuali dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi allo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (tu o tuo eventuale familiare/convivente). Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore dei tuoi familiari/conviventi, alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a tua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della tua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili e gestire così in autonomia la propria posizione anche in riferimento ai propri dati personali.

QUALI SONO I TUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) ti garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che ti riguardano, di richiedere la loro rettifica e/o integrazione, se inesatti o incompleti, la loro cancellazione o la limitazione del loro trattamento, se ne ricorrono i presupposti, la portabilità dei dati che ci hai fornito, ove trattati in modo automatizzato per le prestazioni contrattuali richieste, nei limiti di quanto previsto dal Regolamento (art. 20), di opporsi al trattamento per motivi legati alla tua situazione particolare, nonché, ove il trattamento dei tuoi dati sia basato sul consenso da te espresso, di revocarlo senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima dell'avevoa.

Titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it) con sede in Via Larga, n. 8 - 40138 Bologna (BO).

Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a tua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrai contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it, al quale potrai rivolgerti, oltre che per l'esercizio dei tuoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati di cui alla nota (6). Resta fermo il tuo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti in materia.

¹ Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le tue 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 consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

² Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, 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 prevenzione e l'individuazione, 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; per attività statistiche-tarifarie.

³ 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, (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di anticiclaggio 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. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.

⁴ Ai sensi dell'art. 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, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

⁵ Ti ricordiamo che, ove il trattamento dei tuoi dati sia basato sul tuo consenso, tale consenso potrà essere revocato senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso rilasciato prima della revoca. Ti facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il tuo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da te richieste o previste in tuo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).

⁶ In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UniSalute S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da 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 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; outffocine; 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.

⁷ Ad esempio, società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di supporto alle attività di gestione ivi comprese le società di servizi postali; società di revisione e di consulenza; società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti.

⁸ Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo S.p.A. L'elenco delle società del Gruppo è disponibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it