

Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione sanitaria

Polizza 30 giorni pediatri di libera scelta “formula assistiti” 2021

Versione del 01/12/2020

INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1
GLOSSARIO	1
PREMESSA	6
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	6
2. PERSONE ASSICURATE	6
3. INDENNITA' GIORNALIERA PER I PRIMI TRENTA GIORNI DI MALATTIA O DI INFORTUNIO PROFESSIONALE O EXTRAPROFESSIONALE.....	6
4. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO	7
5. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO.....	7
6. MODALITA' DI ADESIONE, DECORRENZA, PAGAMENTO DEL PREMIO E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	7
7. PREMIO	8
8. CALCOLO DEL PREMIO	8
9. MODALITA' DI ADESIONE, DECORRENZA, PAGAMENTO DEL PREMIO E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	8
A - CONDIZIONI GENERALI	9
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	9
A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITO RINNOVO DELL'ASSICURAZIONE.....	9
A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	9
A.4 ONERI FISCALI	9
A.5 FORO COMPETENTE	9
A.6 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	10
A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	10
A.8 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	10
A.9 ALTRE ASSICURAZIONI	10
A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE.....	10
A.12 DIRITTO DI RECESSO	10
A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE	10
A.14 REGIME FISCALE	10
A.15 RECLAMI	10
A.16 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE.....	102
B - LIMITAZIONI	12
B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE	12
B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	12
B.3 LIMITI DI ETÀ.....	13
C - SINISTRI.....	13
C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO.....	13
C.2 SINISTRI IN STRUTTURE PRIVATE/SINISTRI IN SSN	14
C.3 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	14
C.4 CLAUSOLA BROKER	15
C.5 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS 7/2013	16
C.6 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	16
INFORMATIVA PRIVACY	17

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Versione del 01/12/2020

GLOSSARIO

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo

Agenti

Gli intermediari che agiscono in nome o per conto di una o più imprese di assicurazione o di riassicurazione, iscritti nella sezione A del registro

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.

Assistenza

L'aiuto in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un evento fortuito.

Assistenza Infermieristica

Attività relativa all'assistenza sanitaria atta a mantenere o recuperare lo stato di salute, operata da infermiere professionista

Broker

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del registro

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.

Convenzione

Accordo tra ScudoMedico, Prassi Broker Srl, in qualità di Broker assicurativo esclusivo di ScudoMedico, l'Agenzia UniSalute SpA denominata ASSISTUDIO srl di Terni, con cui le parti si propongono di offrire ai

pediatri di libera scelta "Amici di ScudoMedico" la possibilità di sottoscrivere una copertura assicurativa per i primi 30 giorni di malattia o infortunio. Le presenti Condizioni di Assicurazione sono parte integrante della Convenzione

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

Le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Day surgery

Chirurgia di un giorno. Si intende la possibilità clinica, organizzativa ed amministrativa di effettuare interventi chirurgici, o anche procedure diagnostiche e/o terapeutiche invasive o semi invasive, in regime di ricovero limitato alle sole ore del giorno o, al limite, con un solo pernottamento

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.

Dipendenti e collaboratori

I soggetti che, dietro compenso, su incarico degli intermediari iscritti nelle sezioni A, B e D del registro, svolgono l'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa all'interno o, se iscritti nella sezione E del registro, anche fuori dai locali dell'intermediario per il quale operano.

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 medicinali).

FIN-NET

La rete per la risoluzione extragiudiziale delle liti transfrontaliere in materia di servizi finanziari nello Spazio economico europeo, istituita sulla base della Raccomandazione della Commissione europea 98/257/CE del 30 marzo 1998, riguardante i principi applicabili agli organi responsabili per la risoluzione extragiudiziale delle controversie in materia di consumo.

Franchigia

La somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, è il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Imprese di assicurazione

Le imprese di assicurazione autorizzate in Italia e le imprese di assicurazione comunitarie che svolgono la loro attività in Italia in regime di libertà di prestazione di servizi o in regime di stabilimento.

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.

Intermediari

Le persone fisiche o le società iscritte nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

intermediari assicurativi con residenza o sede legale in un altro Stato membro iscritti nell'elenco annesso al registro di cui all'art. 116 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, abilitati ad operare in Italia in regime di stabilimento e di libera prestazione di servizi

Intervento chirurgico

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

Intervento chirurgico ambulatoriale

Prestazione chirurgica che per la tipologia dell'atto non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di Cura

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

Ivass

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

Lettera di Impegno Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy alla Società.

Libera professione intramuraria

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

Lite transfrontaliera

La controversia tra un contraente di uno Stato membro ed un'impresa di assicurazione avente sede legale in un altro Stato membro

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

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

Massimale mensile

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

Mediatore

Intermediario che agisce su incarico del cliente e che non ha poteri di rappresentanza di imprese di assicurazione o di riassicurazione iscritto nella sezione B del registro.

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.

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica.

Pandemia

Manifestazione collettiva d'una malattia con tendenza a diffondersi rapidamente.

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.

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo o di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto nell'elenco annesso, relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Reclamante

Un soggetto che sia titolato a far valere il diritto alla trattazione del reclamo da parte dell'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo, ad esempio il contraente, l'assicurato, il beneficiario e il danneggiato.

Registro

Il registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'articolo 109 del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209

Retta di degenza

Trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero

La degenza in Istituto di cura comportante pernottamento, documentata da cartella clinica con scheda nosologica.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

Percentuale applicabile all'ammontare delle spese sostenute dall'Assicurato che, per ogni sinistro, rimane a carico dell'Assicurato.

Scudomedico

Associazione che si occupa di ricerca, ideazione e sviluppo di strumenti di servizio a supporto dell'attività professionale dei medici e degli altri professionisti purché iscritti a specifici Albi e Ordini Professionali.

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.

Terapie mediche

Insieme di prestazioni non chirurgiche con finalità terapeutiche, di mantenimento o prevenzione, praticate con l'utilizzo fra gli altri di farmaci o altri presidi medici analoghi.

Premessa

L'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di pediatria di libera scelta del 29.07.09, con integrazione ACN 2010 GU 176 del 30/07/2010, stabilisce che il medico specialista, pediatra di libera scelta, in caso di impossibilità di prestare la propria opera, ha l'obbligo di farsi sostituire nell'attività svolta fin dall'inizio. Nel caso specifico di sostituzione per malattia o infortunio, il costo del sostituto per i primi trenta giorni è a carico del medico sostituito

Resta inteso che diritti e obblighi che derivano dalla presente convenzione restano in capo al solo medico assicurato aderente. Nulla è dovuto dall'associazione Scudomedico o dai suoi legali rappresentanti.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di malattia o di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- indennità giornaliera per i primi trenta giorni di malattia o di infortunio professionale o extraprofessionale;
- cure dentarie da infortunio;
- interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero;
- prestazioni a tariffe agevolate per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici.

2. PERSONE ASSICURATE

I medici pediatri di libera scelta indicati nell'apposito elenco conservato dalle parti come elemento integrante della presente polizza/convenzione.

3 INDENNITA' GIORNALIERA PER I PRIMI TRENTA GIORNI DI MALATTIA O DI INFORTUNIO PROFESSIONALE O EXTRAPROFESSIONALE

Unisalute corrisponde all'Assicurato, che a causa di malattia o infortunio si trovi nell'impossibilità di prestare la propria opera ed abbia comunicato tale impossibilità alla competente ASL, una indennità giornaliera identificata in funzione del numero degli assistiti in carico come definita nella tabella che segue:

Indennità Giornaliera	Numero di assistiti in carico
€ 100	Fino a 750
€ 130	da 751 a 1050
€ 160	da 1051 a 1250
€ 190	Oltre 1250

per i primi trenta giorni di malattia o di infortunio professionale o extraprofessionale.

L'indennità viene corrisposta a partire dal 3° giorno di malattia o di infortunio nel caso in cui l'assicurato non venga ricoverato; viene invece riconosciuta dal primo giorno qualora abbia luogo un ricovero.

Non vengono indennizzati i giorni festivi e le domeniche comprese nel periodo di malattia o di infortunio. Per le giornate di sabato l'indennità viene riconosciuta nella misura del 50%.

L'indennità non viene corrisposta qualora l'impossibilità dell'assicurato di prestare la propria opera sia conseguente a malattie o a infortuni che siano accaduti nei 10 giorni successivi a un precedente periodo di malattia o di infortunio per il quale sia stata richiesta la corresponsione dell'indennità.
Tale limitazione non opera nel caso di patologie neoplastiche nonché di insufficienza cardiaca e renale cronica.

4 CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

A deroga di quanto previsto al n.3 del punto B.2 "Esclusioni dall'assicurazione", Unisalute, in presenza di certificato di Pronto Soccorso, radiografie e referti radiologici, rimborsa le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio.

In strutture sanitarie private

Rimborso delle spese sostenute con applicazione di scoperto 20% con il minimo non indennizzabile di € 100,00 per fattura/persona.

In strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate

Rimborso integrale dei ticket sanitari.

5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

A deroga di quanto previsto al n.3 del punto B.2 "Esclusioni dall'assicurazione", Unisalute rimborsa le spese sostenute per gli interventi chirurgici conseguenti alle seguenti patologie compresi gli interventi di implantologia dentale anche se successivi ad 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
- osteiti che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare (se localizzate nell'arcata superiore) o mandibolare (se localizzate nell'arcata inferiore)

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

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- radiografie, referti radiologici e referti istologici per cisti follicolari e cisti radicolari, adamantinoma, odontoma.

Massimale annuo assicurato € 2.000,00 per persona

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie private, le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno scoperto del 20% .

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, Unisalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato.

6 PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER VISITE SPECIALISTICHE E PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Esclusivamente per le visite specialistiche e gli accertamenti diagnostici, è possibile richiedere comunque alla Centrale Operativa di Unisalute mediante il numero verde 800-009622 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.

7 PREMIO

Il premio deve essere pagato in via anticipata alla Direzione della Società oppure a Assistudio srl agenzia UniSalute di Terni, al quale è stato assegnato il contratto della Società, tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

Qualora il Contraente per il tramite del Broker che ha provveduto all'incasso dei premi per conto del medesimo, non paghi i premi o le rate di premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 c.c..

8 CALCOLO DEL PREMIO

Il premio annuo assicurativo per le prestazioni suindicate, sarà determinato dal medico pediatra di libera scelta secondo, il numero degli assistiti in carico al momento dell'adesione al contratto, come indicato nella seguente tabella

La tabella sottostante specifica l'importo da versare rispetto al numero di assistiti in carico all'atto dell'adesione al contratto.

N° assistiti	Premio annuale	Indennità giornaliera
fino a 750	€ 280,00	€ 100,00
da 751 a 1050	€ 370,00	€ 130,00
da 1051 a 1250	€ 500,00	€ 160,00
oltre 1251	€ 570,00	€ 190,00

Al premio annuale, si applicherà uno sconto del 10%, nel caso in cui l'Assicurato sia già sottoscrittore di una polizza RC Professionale in convenzione Scudomedico, intermediata da Prassi Broker srl.

Le inclusioni che avvengono nel corso della prima semestralità dell'anno, comportano la corresponsione dell'intero premio annuo; quelle che hanno luogo nel secondo semestre prevedono il versamento del 50% del premio annuo.

9 MODALITA' DI ADESIONE, DECORRENZA, PAGAMENTO DEL PREMIO E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

I singoli assicurati vengono inseriti nella copertura mediante la modalità della "vendita a distanza" (di cui all'appendice allegata al presente fascicolo informativo) mediante emissione di relativo atto di variazione temporaneo e rilascio all'assicurato di apposito certificato.

Il medico, per aderire alla Convenzione, deve compilare in ogni sua parte il "Modulo di proposta di adesione" predisposto dal Broker.

Il "Modulo di proposta di adesione" è disponibile sul seguente sito internet:
Prassi Broker Srl www.prassibroker.it;

La copertura assicurativa avrà durata annuale, con tacito rinnovo, e avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di ricevimento del pagamento sbf a Prassi Broker Srl nonché di tutta la documentazione precontrattuale firmata e compilata in ogni sua parte.

Il premio dovrà essere versato tramite bonifico bancario secondo le indicazioni riportate nel "Modulo di adesione".

L'assicurazione ha effetto per i singoli assicurati, dalle ore 24:00 del 31 dicembre se il premio è stato pagato da quest'ultimi ovvero se il bonifico sarà pervenuto sbf sul conto corrente di Prassi Broker entro il 31 dicembre, diversamente dalle ore 24.00 del giorno di accredito del bonifico sbf sul conto corrente di Prassi Broker srl

Sarà compito di Prassi Broker far pervenire alla Società l'elenco dei nominativi assicurati.

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

La copertura della presente convenzione avrà effetto dalle ore 24.00 del 31/12/2020 alle ore 24:00 del 31/12/2021

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

La polizza ha durata annuale e scade alle ore 24 del 31/12/2021.

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 o pec, 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

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.5 FORO COMPETENTE

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

A.6 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.7 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.8 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.9 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.10 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 DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

A.14 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%.

A.15 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.

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.

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.

A.16 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, 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 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 domicili elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera l'Arbitro da essa designato, mentre le spese del terzo Arbitro verranno remunerate dalla Parte soccombente.

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.

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

- maternità, nei due mesi antecedenti la data presunta del parto e nei tre mesi successivi la data effettiva del parto (ai sensi della legge 379 dell'11.12.1990 e successive modificazioni e/o integrazioni);
- aborto spontaneo o terapeutico verificatosi nel periodo compreso tra l'inizio del terzo mese e il termine del sesto mese (ai sensi della legge 379 dell'11.12.1990 e successive modificazioni e/o integrazioni);
- interventi di medicina e chirurgia estetica, se non dovuti a incidenti o interventi chirurgici demolitivi;
- ricovero in day surgery per cure odontoiatriche (se non dovute ad infortunio);
- malattie psicologiche e neuropsichiatriche (se non in caso di ricovero e conseguente convalescenza o per depressione post partum);
- malattie e infortuni occorsi all'estero e che non comportano ricovero;
- conseguenze di proprie azioni delittuose;
- i giorni festivi, comprese le domeniche;
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto per le sole garanzie previste ai punti 4 "Cure dentarie da infortunio" e 5 "Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero";
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le cure termali;

- 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);
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
- le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed 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;

B.3 LIMITI DI ETÀ

Non sono previsti limiti di età.

C – SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

L'Assicurato deve comunicare a Prassi Broker Ufficio Sinistri inviando una mail all'indirizzo di posta elettronica sinistri@prassibroker.it, entro 20 giorni lavorativi dall'inizio della malattia/infortunio, o in caso di ricovero entro 3 giorni lavorativi dalla data di dimissione o entro il 30 giorni in caso di ricovero prolungato, che comporti l'attivazione della garanzia, i dati richiesti:

1. modulo denuncia sinistro;
2. certificato medico – con diagnosi e prognosi - o dichiarazione di ricovero in Istituto di Cura con date di ingresso e di dimissione (con diritto da parte della Società di richiesta della copia completa della cartella clinica);
3. copia della comunicazione di malattia-infortunio inviata all'Azienda Sanitaria competente, con l'indicazione dei dati anagrafici del medico sostituto e luogo di reperibilità dell'Assicurato durante il periodo di malattia/infortunio.

L'Assicurato, a guarigione avvenuta, dovrà inoltrare a Prassi Broker srl, entro 15 giorni dal termine della malattia o infortunio i dati richiesti:

4. ultimo cedolino disponibile (riferito al massimo ai due mesi precedenti alla data di denuncia del sinistro) dei compensi maturati e corrisposti dall'AUSL utile a verificare il numero di assistiti in carico;
5. certificato di avvenuta guarigione con relativa data di ripresa lavoro o di continuazione oltre il trentesimo giorno;
6. dichiarazione rilasciata dalla AUSL., al termine della malattia o passati i primi trenta giorni dall'inizio della stessa, che attesti il periodo dell'avvenuta sostituzione per malattia con altro/i sanitario/i
7. IBAN dell'Assicurato su cui fare l'ordine di pagamento dell'indennizzo.

Ricevuta la documentazione esatta e completa, la Compagnia provvederà a inoltrare la comunicazione all'Assicurato inerente l'ordine di pagamento dovuto.

C.2 SINISTRI IN STRUTTURE PRIVATE/SINISTRI IN SSN

Per ottenere il rimborso delle spese sostenute per le garanzie di cui ai punti 4 e 5, l'Assicurato deve inviare al Broker la seguente documentazione:

- 1) Modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- 2) Per i sinistri relativi alla garanzia cure dentarie da infortunio, la copia del referto di Pronto Soccorso relativo all'evento nonché le radiografie e i referti radiologici relativi;
- 3) Per i sinistri relativi alla garanzia Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero, la prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa nonché le radiografie e i referti radiologici secondo quanto previsto all'ultimo capoverso del punto 5 "Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero".
- 4) 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 della Società, deve 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, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere, per il tramite del Broker, anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna da parte del Broker ad 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.

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.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre Compagnie Assicuratrici richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a Suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato, e di eventuali scoperti e franchigie previsti alle singole garanzie.

C.3 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

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, provvede, all'invio a Prassi Broker srl, dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste 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 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente ha affidato la gestione del presente contratto al Broker **Prassi Broker Srl**, via Annio Floriano n.5, 05100 Terni e, di conseguenza, tutti i rapporti ad esso inerenti sono svolti in nome per conto del Contraente dal Broker **Prassi Broker Srl**, trattando con l'Impresa.

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

Fermo restando che il Broker non ha alcun potere di rappresentanza dell'Impresa, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte all'Impresa soltanto se tempestivamente trasmesse a quest'ultima dal Broker 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 all'Impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa.

Il pagamento del premio effettuato in buona fede al broker ed ai suoi collaboratori si considera effettuato direttamente all'Impresa di assicurazione, ai sensi dell'art. 118, secondo comma del D. Lgs. 209/2005.

Il Broker, prima della conclusione del contratto e in caso di successive modifiche di rilievo o di rinnovo, è tenuto ad informare il Contraente, in relazione all'incarico ricevuto da quest'ultimo, delle attività a proprio carico come sopra previste e delle relative condizioni e modalità, nell'ambito dell'informativa precontrattuale da fornire agli assicurati, ai sensi degli artt. da 120 a 121, del D. Lgs. 209/2005 e dagli artt. 56 e 57 del Regolamento IVASS n. 40/2018.

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, 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.

C.5 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.6 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.

C.7 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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 delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it

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.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2018, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 184,32 milioni con capitale sociale pari ad € 17,50 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 130,01 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, ai sensi della normativa in materia di adeguatezza patrimoniale delle imprese di assicurazione (cosiddetta Solvency II) entrata in vigore dal 1° gennaio 2016, il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR), relativo all'esercizio 2018, è pari ad € 108,69 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 41,19 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 152,71 milioni e ad € 134,82 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2018, pari a 1,39 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide.

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") e degli Artt. 15 e 16 del Reg. Ivass n. 34/2010 (artt. 183 e 191 del d.lgs. 209/2005 – Codice Assicurazioni Private), La informiamo che, per fornirLe i prodotti e/o i servizi assicurativi in Suo favore previsti, UniSalute S.p.A., in qualità di Titolare del trattamento, ha necessità di utilizzare alcuni dati che La riguardano. Ove la copertura sia eventualmente estesa al nucleo familiare, il trattamento potrà riguardare anche i dati di Suoi familiari e conviventi per le finalità e nei termini di seguito indicati⁽¹⁾.

QUALI DATI RACCOGLIAMO E COME LI TRATTIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, residenza, data e luogo di nascita, professione, recapito telefonico fisso e mobile e indirizzo di posta elettronica) che Lei stesso od altri soggetti⁽²⁾ ci fornisce; tra questi ci sono anche categorie particolari di dati personali⁽³⁾ (idonei, in particolare, a rivelare il Suo stato di salute), indispensabili per fornirLe i citati servizi e/o prodotti assicurativi.

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione⁽⁴⁾; 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 vigilanza⁽⁵⁾. In assenza di tali dati non saremo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi ai Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa 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 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 Suoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁽⁶⁾. 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.

I Suoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che La riguardano⁽⁷⁾ o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa⁽⁸⁾.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di familiari/conviventi del "Titolare assicurato", alcuni dati, anche appartenenti a categorie particolari relative alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a conoscenza anche del predetto "Titolare assicurato" ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (Cliente o Suo eventuale familiare/convivente)⁽⁸⁾.

COME TRATTIAMO I SUOI DATI

I Suoi dati non saranno soggetti a diffusione; saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato dalle 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, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto⁽⁹⁾. I Suoi 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 e assicurativi (di regola, 10 anni).

QUALI SONO I SUOI DIRITTI

La normativa sulla privacy (artt. 15-22 del Regolamento) Le garantisce il diritto ad 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, se trattati illecitamente, 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 diritto a 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.

Titolare del trattamento dei Suoi dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it), con sede in Via Larga n. 8 – 40138 Bologna. Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a Sua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrà contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it al quale potrà rivolgersi, oltre che per l'esercizio dei Suoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati relativo alla nota (7).

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) In caso di polizze per nucleo familiare copia della presente informativa viene consegnata al Cliente ed ai Suoi familiari e conviventi.
- 2) Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.
- 3) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche l'origine razziale o etnica, le convinzioni religiose o filosofiche, le opinioni politiche, l'appartenenza sindacale, nonché i dati genetici o biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona. In casi specifici, ove strettamente necessario per finalità e sulla base dei presupposti sopra indicati, possono essere raccolti e trattati dalla ns. Società anche dati relativi ad eventuali condanne penali o reati.
- 4) 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, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicurato; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.
- 5) 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, conservazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di anticirclaggio 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 la protezione dei dati.
- 6) 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
- 7) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, 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, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; periti, legali; società di servizi, tra cui società che svolgono servizi di gestione e liquidazione dei sinistri (quali le Centrali Operative), servizio di quietanzamento; medici, strutture sanitarie o cliniche convenzionate (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.
- 8) 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 personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UnipolSai, senza il Suo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da Lei richieste o previste in Suo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UnipolSai, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UnipolSai e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria).
- 9) 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.