

# Fascicolo Informativo

Contratto di assicurazione

## Polizza 30 giorni pediatri di libera scelta

Edizione 1/9/2018

**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.**

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa**

**INDICE**

<b>INDICE</b> .....	<b>2</b>
<b>NOTA INFORMATIVA</b> .....	<b>3</b>
<b>A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>3</b>
1. Informazioni generali .....	3
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa .....	3
<b>B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO</b> .....	<b>3</b>
3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni .....	4
3. Termini di aspettativa .....	5
4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio .....	5
5. Termini di prescrizione .....	5
6. Legislazione applicabile .....	5
7. Regime fiscale .....	5
8. Premi .....	5
<b>C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI</b> .....	<b>5</b>
9. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo .....	5
10. Reclami .....	6
11. Arbitrato irrituale .....	7
<b>GLOSSARIO</b> .....	<b>8</b>
<b>CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE</b> .....	<b>10</b>
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	10
2. PERSONE ASSICURATE .....	10
3. INDENNITA' GIORNALIERA PER I PRIMI TRENTA GIORNI DI MALATTIA O DI INFORTUNIO PROFESSIONALE O EXTRAPROFESSIONALE .....	10
4. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO .....	10
5. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO .....	11
6. PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE PER VISITE SPECIALISTICHE E PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI .....	11
7. PREMIO .....	11
8. MODALITA' DI INCLUSIONE DEI SINGOLI ASSICURATI NELLA COPERTURA .....	12
<b>A - CONDIZIONI GENERALI</b> .....	<b>12</b>
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE .....	12
A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE .....	12
A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE .....	12
A.4 ONERI FISCALI .....	12
A.5 FORO COMPETENTE .....	12
A.6 TERMINI DI PRESCRIZIONE .....	12
A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE .....	12
A.8 ALTRE ASSICURAZIONI .....	12
<b>B - LIMITAZIONI</b> .....	<b>13</b>
B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE .....	13
B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE .....	13
B.3 LIMITI DI ETÀ .....	13
<b>C - SINISTRI</b> .....	<b>13</b>
C.1 DENUNCIA DI MALATTIA O DI INFORTUNIO .....	13
C.2 SINISTRI IN STRUTTURE PRIVATE / SINISTRI IN SSN .....	13
C.3 CLAUSOLA BROKER .....	14
C.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA .....	15
C.5 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE .....	15
<b>INFORMATIVA PRIVACY</b> .....	<b>16</b>

**NOTA INFORMATIVA**

Nota Informativa relativa al contratto di assicurazione sanitaria "Polizza 30 giorni pediatri di libera scelta" (Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010).

Gentile Cliente,

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

Per maggiore chiarezza, precisiamo che:

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

Le clausole che prevedono oneri e obblighi a carico del Contraente e dell'Assicurato, nullità, decadenze, esclusioni, sospensioni e limitazioni della garanzia, rivalse, nonché le informazioni 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.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A. comunicherà per iscritto al Contraente le modifiche delle informazioni contenute nella presente Nota informativa e nel Fascicolo informativo, comprese quelle derivanti da future innovazioni normative. Il Contraente provvederà a comunicare agli iscritti le modifiche segnalate.

La Nota Informativa si articola in tre sezioni:

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

**A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE****1. Informazioni generali**

- a) UnipolSai Assicurazioni S.p.A., in breve UnipolSai S.p.A., società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi presso l'IVASS al n. 046.
- b) Sede Legale in via Stalingrado n. 45 - 40128 Bologna (Italia).
- c) Recapito telefonico 051-5077111 Telefax 051-375349, siti internet:  
www.unipolsai.com - www.unipolsai.it, indirizzo di posta elettronica info-danni@unipolsai.it.
- d) È autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G. U. n. 276 del 24/11/1993; è iscritta alla sezione I dell'Albo Delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006.

**2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa**

In base all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto dell'impresa è pari a € 5.752.829.291,00, con capitale sociale pari a € 2.031.456.338,00 e totale delle riserve patrimoniali, compresa la riserva negativa per azioni proprie detenute, pari a € 3.144.173.990,45.

L'indice di solvibilità al 31 dicembre 2017, 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 2,63 volte il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR). I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

**B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO**

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacita proroga.

**Avvertenza:** 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.

Si precisa inoltre che la Società ha affidato la gestione, la trattazione e la liquidazione dei sinistri a Unisalute s.p.a., via Larga 8, 40138 Bologna.

**3. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni**

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

**A) INDENNITA' PER I PRIMI TRENTA GIORNI DI MALATTIA O DI INFORTUNIO PROFESSIONALE O EXTRAPROFESSIONALE:** Unisalute riconosce l'indennità giornaliera garantita dalla copertura per i primi trenta giorni di malattia o di infortunio professionale o extraprofessionale del medico pediatra.  
Per gli aspetti di dettaglio si rinvia agli articoli indicati nelle Condizioni di assicurazione.

**B) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO**

Unisalute rimborsa le spese sostenute per cure dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di Pronto Soccorso.

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

**C) INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO**

Unisalute rimborsa le spese sostenute per interventi chirurgici odontoiatrici.

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

**D) PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE UNISALUTE**

Unisalute consente all'Assicurato di ottenere tariffe agevolate nelle proprie strutture convenzionate relativamente alle prestazioni di visite specialistiche e di accertamenti diagnostici.

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

**Avvertenza:** le coperture assicurative sono soggette a limitazioni ed esclusioni della garanzia che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'Indennizzo. Si rinvia alle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

**Avvertenza:** le suddette coperture sono prestate con specifiche franchigie, scoperti e massimali. 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 di franchigie, scoperti e massimali mediante esemplificazioni numeriche:

**Meccanismo di funzionamento della franchigia:****1° esempio**

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 1.500,00

Franchigia € 250,00

Indennizzo € 1.500,00 - 250,00 = € 1.250,00

**2° esempio****3° esempio**

Somma assicurata € 10.000,00

Richiesta di rimborso € 200,00

Franchigia € 250,00

Nessun rimborso è dovuto perché l'importo richiesto è inferiore alla franchigia.

**Meccanismo di funzionamento dello scoperto:****1° esempio**

Somma assicurata € 2.000,00

Richiesta di rimborso € 3.000,00

Scoperto 20% = € 600,00

Applicazione scoperto € 3.000,00 - € 600,00 = € 2.400,00

Richiesto € 2.400,00

Liquidato max € 2.000,00

**2° esempio**

Somma assicurata € 2.000,00

Richiesta di rimborso € 1.500,00

Scoperto 20% = € 300,00

Applicazione scoperto € 1.500,00 - € 300,00 = € 1.200,00

Importo rimborsato € 1.200,00

**Meccanismo di funzionamento del massimale:**

Somma assicurata € 2.000,00

Richiesta di rimborso € 3.000,00

Indennizzo € 2.000,00.

**3. Termini di aspettativa**

Non sono previsti termini di aspettativa.

**4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio**

Non è prevista la compilazione del questionario sanitario.

**5. Termini di prescrizione**

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).

**6. Legislazione applicabile**

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

**7. 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%.

**8. Premi**

Il premio deve essere pagato in via anticipata tramite i mezzi di pagamento concordati e nel rispetto della normativa vigente.

Il premio deve essere pagato per l'intera annualità di polizza, non sono previsti frazionamenti inferiori all'anno.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'art. 7 "Premio" delle Condizioni di assicurazione.

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

**Avvertenza:** Qualora il Contraente 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..

**C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI****9. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo***Denuncia dei sinistri***Avvertenza:** Per l'individuazione del momento di insorgenza del sinistro, delle modalità e dei termini per la denuncia del sinistro si rimanda alle Condizioni di assicurazione.**A) Denuncia di malattia o di infortunio per garanzia indennità 30 giorni**

L'Assicurato deve comunicare al Broker la denuncia di malattia o infortunio attraverso l'inoltro della seguente documentazione:

- 1) Modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- 2) Comunicazione di sostituzione con altro medico per impossibilità di prestare la propria opera inclusi i dati anagrafici del medico sostituto
- 3) Copia del certificato medico con diagnosi/prognosi relativo alla malattia o all'infortunio

Tale comunicazione deve avvenire entro 20 giorni dall'inizio della malattia o dalla data dell'infortunio e dovrà contenere il luogo di reperibilità dell'Assicurato durante il periodo di malattia/infortunio.

A guarigione avvenuta, entro e non oltre 15 giorni dalla data di ripresa attività, per ottenere la corresponsione dell'indennità l'assicurato dovrà inviare al Broker la seguente documentazione:

- copia del certificato medico o dichiarazione di ricovero in Istituto di cura con data di ricovero e di dimissioni, con diritto della società di copia della cartella clinica;
- copia della comunicazione di malattia inviata alla ASL, con conferma di ricezione ASL o dichiarazione ASL per il periodo di assenza e data ripresa;
- copia certificato di avvenuta guarigione, redatto dal medico curante, con relativa data di ripresa al lavoro.

Sarà compito dell'Agenzia intestataria del contratto di assicurazione verificare la regolarità della copertura amministrativa relativa al procedimento di liquidazione.

**B) Gestione sinistri per garanzie "Cure dentarie da infortunio" e "Interventi chirurgici odontoiatrici extraricovero"**

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.

## 10. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a: **UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami Assistenza Clienti - Via della Unione Europea, 3/B - 20097 San Donato Milanese (MI) - Tel.: 02 55604027 (da lunedì a giovedì dalle ore 9.00 alle ore 12,30; venerdì dalle 9.00 alle 12.00) - Fax: 02 51815353 - E-mail: reclami@unipolsai.it.**

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

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 all'IVASS devono contenere:

- a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;

- c) breve descrizione del motivo di lamentela;
- d) copia del reclamo presentato alla Società e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate anche sul sito internet della Compagnia: [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it).

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;

**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.

#### 11. 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.

**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

**Agenzia:** Assistudio srl, società intestataria mandato assicurativo di UnipolSai S.p.A.

**Assicurato**

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

**Assicurazione**

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

**Broker**

Prassi Broker s.r.l. iscritto al Rui sezione B n. B000391094

**Contraente**

Associazione "Scudo Medico" con sede in Terni, via Annio Floriano 5.

**Difetto fisico**

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

**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.

**Indennizzo**

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

**Infortunio**

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

**Intervento chirurgico**

Qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

**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.

**Malattia**

Qualunque alterazione dello stato di salute che non sia malformazione o difetto fisico anche non dipendente da infortunio.

**Malformazione**

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

**Massimale**

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

**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.



**Scoperto**

La somma espressa in valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

**Sinistro**

Il verificarsi della prestazione per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale per Unisalute.

**Società**

UnipolSai S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

**Struttura sanitaria convenzionata**

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

**Unisalute**

La Compagnia Assicuratrice a cui è affidata la gestione, la trattazione e la liquidazione dei sinistri con sede in Bologna, Via Larga 8.

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

**UNIPOLSAI Assicurazioni S.p.A.**

**Direttore Generale**

Matteo Laterza



**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE****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 di importo a scelta tra i seguenti:

Indennità Giornaliera
€ 90
€ 130
€ 160
€ 190

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.

L'indennità non viene inoltre riconosciuta nel caso di 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) né in caso di aborto spontaneo o terapeutico, verificatosi nel periodo compreso tra l'inizio del terzo mese e il termine del sesto mese di gravidanza (sempre ai sensi della legge 379 dell'11/12/1990 e successive modificazioni).

**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 annuo per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivo di oneri fiscali, sarà determinato dal medico pediatra di libera scelta secondo la fascia di indennizzo prescelta, come indicato nella seguente tabella:

Indennità Giornaliera	Premio
€ 90	€ 266,75
€ 130	€ 373,45
€ 160	€ 504,40
€ 190	€ 598,50

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.

Esclusivamente per gli inserimenti nella copertura che abbiano luogo tra il 15 settembre e il 30 dicembre 2018, verrà previsto un rateo computato sui giorni di effettiva operatività dell’assicurazione intercorrenti tra la data di inserimento nella garanzia e il 31/12/2018.

Qualora, all'atto di ingresso nella garanzia, l'Assicurato risulti titolare di altra polizza UnipolSai (responsabilità civile, infortuni, ecc.), usufruirà di uno sconto nella misura del 5% sull'importo di premio relativo al primo periodo di copertura.

## **8. MODALITA' DI INCLUSIONE DEI SINGOLI ASSICURATI NELLA COPERTURA**

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.

### **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 quindicesimo 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 / TACITA PROROGA DELL'ASSICURAZIONE**

La polizza decorre dalle ore 24 del 15/9/2018, prevede la scadenza della prima rata alle ore 24 del 31/12/2018 e la scadenza della polizza alle ore 24 del 31/12/2019.

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**

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 TERMINI DI PRESCRIZIONE**

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 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. .

**B - LIMITAZIONI****B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

**B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE****L'assicurazione non è operante per:**

1. 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";
2. la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
3. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
4. le cure termali;
5. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
6. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
7. gli infortuni conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. 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;
9. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
10. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
11. 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;
12. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche ed eventi atmosferici;
13. le prestazioni non riconosciute dalla medicina ufficiale nonché le cure a carattere sperimentale;
14. le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

**B.3 LIMITI DI ETÀ**

Non sono previsti limiti di età.

**C - SINISTRI****C.1 DENUNCIA DI MALATTIA O DI INFORTUNIO**

L'Assicurato deve comunicare al Broker la denuncia di malattia o infortunio attraverso l'inoltro della seguente documentazione:

- 1) Modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- 2) Comunicazione di sostituzione con altro medico per impossibilità di prestare la propria opera inclusi i dati anagrafici del medico sostituto;
- 3) Copia del certificato medico con diagnosi/prognosi relativo alla malattia o all'infortunio.

Tale comunicazione deve avvenire entro 20 giorni dall'inizio della malattia o dalla data dell'infortunio e dovrà contenere il luogo di reperibilità dell'Assicurato durante il periodo di malattia/infortunio.

A guarigione avvenuta, entro e non oltre 15 giorni dalla data di ripresa attività, per ottenere la corresponsione dell'indennità l'assicurato dovrà inviare al Broker la seguente documentazione:

- copia del certificato medico o dichiarazione di ricovero in Istituto di cura con data di ricovero e di dimissioni, con diritto della società di copia della cartella clinica;
- copia della comunicazione di malattia inviata alla ASL, con conferma di ricezione ASL o dichiarazione ASL per il periodo di assenza e data ripresa;
- copia certificato di avvenuta guarigione, redatto dal medico curante, con relativa data di ripresa al lavoro.

Sarà compito dell'Agenzia intestataria del contratto di assicurazione verificare la regolarità della copertura amministrativa relativa al procedimento di liquidazione.

**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:

- 5) Modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- 6) 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;
- 7) 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".
- 8) 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 Assicuratriche 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 CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker Prassi Broker Srl, via Annio Floriano n.5, 05100 Terni e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker Prassi Broker il quale tratterà 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 intenderanno 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.

Ferma restando l'inesistenza di qualsiasi rappresentanza dell'Impresa da parte del Broker, le comunicazioni eventualmente fatte dal Contraente al Broker potranno intendersi come fatte all'Impresa 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 all'Impresa e avranno efficacia dal momento della ricezione da parte dell'Impresa stessa. (N.B.: paragrafo da coordinare/modificare nell'eventualità che nella polizza siano previste condizioni diverse, più favorevoli per l'assicurato)

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

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 Broker o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

La Società si obbliga anche per il tramite dell'Agenzia ad informare con cadenza mensile il Broker dei relativi pagamenti dei singoli sinistri relativi al presente contratto specificando sempre numero di sinistro, tipologia della garanzia colpita (3,4 e 5) importo liquidato e data valuta. La Società si obbliga, altresì a fornire i dati relativi all'andamento sinistri/premi del presente contratto di assicurazione entro e non oltre il 30/09 di ogni anno.

**C.4 GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA****A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con Unisalute**

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

**B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con Unisalute**

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

Unisalute, 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.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.

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

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

Gentile Cliente,

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

**QUALI DATI RACCOGLIAMO**

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

Il conferimento di questi dati è in genere necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione; in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria od in base alle disposizioni impartite da soggetti quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza<sup>(3)</sup>. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirLe correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a Suoi recapiti può, inoltre, risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio. Il Suo indirizzo potrà essere eventualmente utilizzato anche per inviarLe, via posta, comunicazioni commerciali e promozionali relative a nostri prodotti e servizi assicurativi, analoghi a quelli da Lei acquistati, salvo che Lei non si opponga, subito od anche successivamente, alla ricezione di tali comunicazioni (si vedano le indicazioni riportate in **Quali sono i Suoi diritti**).

**PERCHÉ LE CHIEDIAMO I DATI**

I Suoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa e ai servizi forniti<sup>(4)</sup>, ai relativi adempimenti normativi, nonché ad attività di analisi dei dati (esclusi quelli di natura sensibile), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, 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<sup>(5)</sup> e saranno inseriti in un archivio clienti di Gruppo.

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

Potremo trattare eventuali Suoi dati personali di natura sensibile (ad esempio, relativi al Suo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto il Suo esplicito consenso.

**COME TRATTIAMO I SUOI DATI**

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

**QUALI SONO I SUOI DIRITTI**

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto di accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, di richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione, nonché di opporsi all'uso dei Suoi dati per l'invio di comunicazioni commerciali e promozionali.

Titolare del trattamento dei Suoi dati è UnipolSai Assicurazioni S.p.A. ([www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it)) con sede in Via Stalingrado 45 - 40128 Bologna<sup>(8)</sup>.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati i dati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, potrà rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati", presso UnipolSai Assicurazioni S.p.A., Via Stalingrado, 45, Bologna, [privacy@unipolsai.it](mailto:privacy@unipolsai.it)

Inoltre, collegandosi al sito [www.unipolsai.it](http://www.unipolsai.it) nella sezione Privacy o presso il suo agente/intermediario troverà tutte le istruzioni per opporsi, in qualsiasi momento e senza oneri, all'invio di comunicazioni commerciali e promozionali sui nostri prodotti o servizi assicurativi.

**Note**

1) Ad esempio, contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali, per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

2) Sono i dati idonei a rivelare non solo lo stato di salute, ma anche convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, opinioni politiche, adesioni a partiti, sindacati, associazioni, od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, o sindacale. Sono considerati particolarmente delicati, seppur non sensibili, anche i dati giudiziari, relativi cioè a sentenze o indagini penali.

3) Ad esempio: IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, oppure per gli adempimenti in materia di accertamenti fiscali con le relative comunicazioni all'Amministrazione Finanziaria, nonché per gli obblighi di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D.Lgs. 231/07), nonché per segnalazione di eventuali operazioni ritenute sospette all'UIF presso Banca d'Italia, ecc.

4) Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi (compresi quelli attuativi di forme pensionistiche complementari, nonché l'adesione individuale o collettiva a Fondi Pensione istituiti dalla Società), per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per la prevenzione e l'individuazione, di concerto con le altre compagnie del Gruppo, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

5) Gruppo Unipol, con capogruppo Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. Le società facenti parte del Gruppo Unipol cui possono essere comunicati i dati sono ad esempio Unipol Banca S.p.A., Linear S.p.A., Unisalute S.p.A. ecc. Per ulteriori informazioni, si veda l'elenco delle società del Gruppo disponibile sul sito di Unipol Gruppo Finanziario S.p.A. [www.unipol.it](http://www.unipol.it).

6) In particolare, i Suoi dati potranno essere comunicati e trattati, in Italia o anche all'estero (ove richiesto) verso Paesi dell'Unione Europea o terzi rispetto ad essa, da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa" come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; SIM; Società di gestione del risparmio; banche depositarie per i Fondi Pensione, medici fiduciari, periti, uffici, legali; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo, aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza, altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infotuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per il Riscontro).

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

8) Nonché, in base alle garanzie assicurative da Lei eventualmente acquistate e limitatamente alla gestione e liquidazione dei sinistri malattia, UniSalute S.p.A. con sede in Bologna, via Larga, 8.