

UNISALUTE



Guida al Piano Sanitario



Soci del Fondo Pensione del
personale direttivo delle Società
dell'ex Gruppo IMI

Servizio di consulenza ai clienti

**Numero Verde:
800- 016644**

dall'estero: prefisso per l'Italia
+ 051.63.89.046
orari: **8,30 – 19,30**
dal lunedì al venerdì

Per tutte le prestazioni **dell'Area
Ricovero è INDISPENSABILE
contattare preventivamente il
numero sopra indicato.**

In applicazione delle nuove disposizioni del Decreto Legislativo 17 marzo 1995 n.175 art.123 "Informativa al contraente" la Società informa che:

- la legislazione applicata al contratto è quella italiana;
- eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società (**Ufficio Relazioni Clienti - Via Del Gomito 1-40127 Bologna Fax. 051 6386238 - e-mail reclami@unisalute.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'ISVAP, Servizio tutela degli utenti, Via del Quirinale n. 21 - 00187 Roma , corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.
In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione delle responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Guida al Piano Sanitario Soci del Fondo Pensione del personale direttivo delle Società dell'ex Gruppo IMI

Questo manuale è stato predisposto in modo da costituire un agile strumento esplicativo; in nessun caso può sostituire la polizza di assicurazione, della quale evidenzia esclusivamente le caratteristiche principali. La polizza resta, pertanto, l'unico strumento valido per un completo ed esauriente riferimento.

1. Sommario

2. PRESENTAZIONE	5
3. INTRODUZIONE	5
4. LE PERSONE PER CUI È OPERANTE LA COPERTURA	5
5. COME UTILIZZARE LE PRESTAZIONI DEL PIA NO SANITARIO	6
5.1 PER PRIMA COSA CONTATTARE UNISALUTE.....	6
5.2 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE	6
5.3 SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON UNISALUTE.....	7
5.4 SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	7
5.5 PROFESSIONE INTRAMURARIA	7
6. LE PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO	8
6.1. RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	8
6.2 TRASPORTO SANITARIO	9
6.3 DAY-HOSPITAL A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	9
6.4 INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO	9
6.5 PARTO E ABORTO TERAPEUTICO	9
6.5.1 PARTO CESAREO	9
6.5.2 PARTO NON CESAREO E ABORTO TERAPEUTICO	9
6.6 TRAPIANTI A SEGUITO DI MALATTIA E INFORTUNIO.....	10
6.7 RIMPATRIO DELLA SALMA	10
6.8 INDENNITA' SOSTITUTIVA.....	10
6.9 MASSIMALE ASSICURATO	10
6.10 PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE	10
6.11 VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI.....	11
6.12 PROTESI ORTOPEDICHE E ACUSTICHE	11
6.13 TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO.....	12
6.14 SERVIZI DI CONSULENZA	12
6.15 CASI DI NON OPERATIVITÀ DEL PIANO.....	12
7. ALCUNI CHIARIMENTI IMPORTANTI	13
7.1 INCLUSIONI/ESCLUSIONI.....	13
7.2 ESTENSIONE TERRITORIALE.....	14
7.3 LIMITI DI ETÀ'	14
7.4 GESTIONE DEI DOCUMENTI DI SPESA	14
7.5 INFORMATIVE SUI RAPPORTI CON L'ASSICURATO	14
7.6 INFORMAZIONI PERSONALI NEL SITO INTERNET.....	15
8. PREMI	15
9. STRUTTURE CONVENZIONATE CON UNISALUTE	15
MODULO PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO	16

2. Presentazione

Con la "Guida al piano sanitario" intendiamo offrirLe un utile supporto per la comprensione e l'utilizzo del Piano.

Il nostro obiettivo è di fornirLe un servizio il più possibile completo e tempestivo e per ottenere questo risultato abbiamo bisogno anche della Sua collaborazione.

All'interno della guida troverà quindi l'indicazione delle modalità da seguire qualora debba utilizzare il Piano.

La preghiamo di attenersi scrupolosamente a queste modalità, così da poterLa assistere con la sollecitudine che ci è propria.

3. Introduzione

Scopo di questa guida è quello di illustrare nel dettaglio le prestazioni che fornisce il Piano, in modo da consentire a tutti di utilizzare al meglio le opportunità in esso contenute.

È interesse di tutti, infatti, evitare situazioni di incertezza che potrebbero, da un lato, portare a richiedere prestazioni in realtà non previste (quindi servizi che non si possono fornire o rimborsi che non si possono effettuare) e dall'altro ad utilizzi non corretti che potrebbero, in futuro, incidere negativamente sul prezzo del Piano.

È per cercare di rispondere a queste esigenze di qualità del servizio, di chiarezza e di personalizzazione delle polizze che è nata UniSalute.

Tutta l'organizzazione di UniSalute infatti è pensata in chiave di specializzazione: dal personale medico, sempre presente presso la sede della Compagnia e disponibile a parlare con i clienti per consigliarli e indirizzarli, alla Centrale Operativa telefonica che gratuitamente offre ai clienti informazioni sulla loro posizione assicurativa e ricerca soluzioni pratiche per garantire un'efficace organizzazione per le loro necessità diagnostiche e terapeutiche.

In passato il prodotto assicurativo sanitario offriva solo una copertura parziale delle spese affrontate dal Cliente, il quale incontrava spesso difficoltà a sapere preventivamente quanto sostegno poteva ricevere dalle compagnie; UniSalute ha sviluppato una rete di accordi con tutti i soggetti che operano nella sanità (case di cura, laboratori di analisi, ecc.) allo scopo di offrire le prestazioni sanitarie, per le prestazioni che prevedono questa garanzia diretta, mantenendo il costo a proprio carico ed evitando che il Cliente debba anticipare somme di denaro, ad eccezione delle franchigie ove previste.

Questo consente di chiarire al Cliente, in anticipo, quali sono le spese che dovrà eventualmente affrontare; inoltre UniSalute può restare al suo fianco per tutto il periodo di cura, anche per appoggiare ogni Sua richiesta di un migliore trattamento durante la degenza.

Inoltre il convenzionamento consente forti sconti e agevolazioni ai clienti anche per le prestazioni che non siano coperte dalle garanzie del prodotto assicurativo acquistato.

4. Le persone per cui è operante la copertura

L'assicurazione è prestata a favore dei Soci del Fondo pensione del personale direttivo delle società dell'ex Gruppo IMI dipendenti delle Società: Banca Fideuram, Sanpaolo Invest SIM, Consorzio Studi e Ricerche Fiscali, Fideuram Fiduciaria, Fideuram Investimenti SGR e Universo Servizi e dei relativi nuclei familiari fiscalmente a carico, intendendo per tali, il coniuge ed i figli risultanti da stato di famiglia.

La copertura può essere estesa con versamento del relativo premio a carico dell'iscritto, al coniuge e ai figli non fiscalmente a carico, al convivente "more uxorio" e ad altri familiari purchè risultanti dallo stato di famiglia. In questo caso dovranno essere incluse tutte le persone come sopra indicate, risultanti dallo stato di famiglia.

A tal riguardo si precisa che l'inclusione di familiari non fiscalmente a carico, non presenti in copertura nel 2006, è consentita solo per il rinnovo del 01/01/07 semprechè l'adesione pervenga entro il 15/01/2007 (potranno aderire solo il coniuge/convivente more uxorio e i figli del titolare). Per quest'ultimi opererà il punto 1 al successivo paragrafo 6.15 "Casi di non operatività del piano".

Per i prossimi rinnovi potranno entrare solo i nuovi soci ed i familiari non fiscalmente a carico nel solo caso di variazione della stato di famiglia per matrimoni, nuove nascite o nuove convivenze.

Nel caso in cui si avessero soci dipendenti di aziende aderenti al Fondo assicurati nella presente copertura coniugati o conviventi tra loro, i figli fiscalmente a carico potranno essere inclusi in entrambi i nuclei.

5. Come utilizzare le prestazioni del Piano Sanitario

5.1 Per prima cosa contattare UniSalute

Quando uno degli Assicurati ha bisogno di cure mediche o esami occorre che contatti al più presto possibile la Centrale Operativa di UniSalute al **numero verde gratuito 800-016644**.

Gli Operatori e i Medici della Centrale Operativa sono a Sua disposizione per verificare la compatibilità delle prestazioni richieste con il Piano Sanitario.

Qualora la prestazione richiesta non fosse compresa nella garanzia assicurativa i medici sono a disposizione per aiutare l'Assicurato a scegliere percorsi di diagnosi e cura alternativi ed egualmente soddisfacenti.

Nel caso in cui motivi di urgenza impediscano il preventivo ricorso alla Centrale Operativa sarà bene farlo al più presto, avendo cura, nel frattempo, di raccogliere la maggior documentazione possibile sugli eventi relativi a quello specifico iter di cura (prescrizioni mediche, cartelle cliniche, fatture).

E' bene chiarire che le prestazioni previste dal Piano Sanitario, che verranno successivamente illustrate in modo dettagliato, prevedono differenti modalità di utilizzo qui di seguito riportate.

5.2 Sinistri in strutture convenzionate con UniSalute

UniSalute ha predisposto un sistema di convenzionamenti con strutture sanitarie private mediante proprio personale specializzato.

I convenzionamenti prevedono una serie di standard qualitativi che la struttura sanitaria è tenuta a garantire ai clienti UniSalute.

L'Assicurato utilizzando le strutture convenzionate consegue alcuni **vantaggi** rilevanti:

- Per le prestazioni che prevedono la garanzia diretta, non è soggetto ad alcun esborso di denaro poiché i pagamenti delle prestazioni avvengono direttamente tra UniSalute e la struttura convenzionata, ad eccezione delle franchigie ove previste;
- Può utilizzare, per le prenotazioni delle prestazioni garantite dal Piano Sanitario, la Centrale di Assistenza Clienti UniSalute contattabile mediante il numero verde gratuito **800-016644**;
- L'erogazione delle prestazioni avviene in tempi rapidi e in presidi sanitari di cui UniSalute garantisce i livelli di qualità e di efficienza.

All'atto dell'effettuazione della prestazione (che deve essere preventivamente autorizzata dalla Centrale Operativa), l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante, contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.

- In caso di **ricovero** dovrà inoltre sottoscrivere il modulo contenente gli impegni da Lui assunti al momento dell'ammissione nell'Istituto di cura e, all'atto delle dimissioni, la documentazione di spesa (fatture e ricevute).
- All'atto della dimissione dall'istituto di cura non dovrà far altro che firmare un modulo contenente l'elenco dei servizi ricevuti e lasciare la richiesta del suo medico di fiducia, così che possa essere unita alla documentazione. Sarà UniSalute ad occuparsi del pagamento e di ogni altra questione che dovesse presentarsi (escluse le spese non strettamente relative alla degenza: come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc. che vengono pagate direttamente dal Cliente).
- UniSalute provvederà a pagare direttamente alla struttura convenzionata le competenze per le prestazioni sanitarie autorizzate con i limiti poc'anzi enunciati.
- In caso di **prestazione extraricovero** l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

L'Assicurato dovrà sostenere delle spese all'interno della struttura convenzionata solo nei casi in cui parte di una prestazione non sia compresa dalle prestazioni del Piano Sanitario, argomento che affronteremo in dettaglio più avanti.

Attenzione:

Prima di avvalersi delle prestazioni in una struttura convenzionata, occorre accertarsi sempre, tramite gli operatori della Centrale Operativa, che i medici scelti all'interno della struttura abbiano aderito alla convenzione con UniSalute.

È sufficiente contattare la Centrale Operativa per avere quest'informazione o il nominativo di medici in alternativa.

5.3 Sinistri in strutture non convenzionate con UniSalute

Per garantire al Cliente la più ampia facoltà possibile di determinare il proprio iter di cura, il Piano Sanitario prevede anche la facoltà dell'Assicurato di avvalersi di strutture sanitarie private non convenzionate con UniSalute.

In questo caso il rimborso non sarà integrale, ma con modalità di compartecipazione alla spesa che vedremo più avanti quando esamineremo le singole prestazioni.

All'atto delle dimissioni il Cliente dovrà saldare le fatture e le note spese.

Per ottenerne il **rimborso**, l'Assicurato deve inviare direttamente alla sede di UniSalute la documentazione necessaria:

- Il modulo di denuncia del sinistro, che può trovare allegato alla presente guida;
- Una copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di ricovero;
- La prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico di base, o il certificato di pronto soccorso per le garanzie in cui viene espressamente richiesto, in caso di prestazioni extraricovero,
- Documentazione di spesa (distinte e ricevute) in originale, debitamente quietanzata.

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata, non appena il personale medico addetto avrà potuto vagliare il caso, in base alla documentazione ricevuta e alle informazioni che il Cliente stesso avrà fornito.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

UniSalute provvederà a rimborsare il Cliente direttamente sul suo conto corrente, tenendo conto delle limitazioni (cioè parti della spesa a suo carico) che il piano prevede.

5.4 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Avvalersi di strutture sanitarie private vuol dire godere di notevoli vantaggi, in termini di professionalità tecnica, comfort nell'accoglienza del paziente e qualità del servizio prestato. Ma non bisogna dimenticare che in Italia il servizio pubblico mette a disposizione dei cittadini anche ottime soluzioni di cura, alcune delle quali veramente convenienti e all'avanguardia.

Nel caso in cui l'Assicurato decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N., il Piano Sanitario predispone due soluzioni, tra loro in alternativa, per il recupero delle spese che dovessero essere comunque effettuate all'interno delle strutture pubbliche:

- Qualora l'Assicurato sostenga delle spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari, il Piano Sanitario rimborsa integralmente quanto anticipato dall'Assicurato;
- Corresponsione in alternativa di una indennità sostitutiva giornaliera in caso di ricovero, le cui modalità descriveremo più avanti (par. 6.8).

5.5 Professione intramuraria

Una recente normativa dello Stato prevede la creazione di reparti a pagamento anche negli ospedali pubblici. Se, quindi, il ricovero in un ospedale pubblico avviene con questa formula, il costo rimane a carico del paziente. UniSalute, però, liquiderà i sinistri con modalità varianti a seconda che il reparto a pagamento

della struttura pubblica sia o meno convenzionato con UniSalute. Nei due casi valgono le norme appena esposte (par. 5.2 e 5.3).

6. Le prestazioni del Piano Sanitario

Il Piano Sanitario è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti garanzie:

- Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- Day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- Parto e aborto terapeutico;
- Prestazioni di alta specializzazione;
- Visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
- Protesi ortopediche e acustiche;
- Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
- Servizi di consulenza.

6.1 Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento; il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.

Qualora il Cliente Assicurato venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:

Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 100 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero stesso. La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Intervento Chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella garanzia nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico.
Rette di degenza	Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in istituto di cura non convenzionato con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di €206,58 al giorno.
Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con la Società, la garanzia è prestata nel limite di €51,65 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Assistenza infermieristica privata individuale	Assistenza infermieristica privata individuale nel limite di €51,65 al giorno per un massimo di 30 giorni per ricovero.
Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 100 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero; i trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella garanzia nel caso di ricovero con intervento chirurgico. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
Spese di viaggio per accompagnatore all'estero	In caso di ricovero con intervento chirurgico all'estero, la Società rimborsa le spese di viaggio sostenute dall'accompagnatore con il massimo di €1.032,91 per ricovero.

Nel caso di utilizzo di **strutture convenzionate** con la Società ed effettuate da **medici convenzionati**, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da UniSalute alle strutture stesse senza applicazione di scoperti o franchigie, ad eccezione della garanzie che prevedono specifici limiti.

In caso di ricovero in **strutture non convenzionate** con la Società, le prestazioni vengono rimborsate all'Assicurato nella misura del **70%**, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 1.549,37**, ad eccezione delle garanzie che prevedono specifici limiti.

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, le prestazioni vengono rimborsate all'Assicurato nella misura del **70%** con l'applicazione di un minimo non indennizzabile pari a **€ 258,23**.

Qualora venga effettuato in una **struttura convenzionata** un intervento chirurgico o un ricovero medico da parte di **personale medico non convenzionato**, tutte le spese relative al ricovero verranno rimborsate con le modalità previste per il ricovero in strutture non convenzionate.

Qualora il ricovero avvenga in una struttura del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute rimborsa integralmente le eventuali spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (ed esempio le spese per un'eventuale cameretta a pagamento) rimasti a carico dell'Assicurato. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva (par. 6.8).

6.2 Trasporto sanitario

La Società rimborsa le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.032,91** per ricovero.

6.3 Day-hospital a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di day-hospital, la Società provvede al pagamento delle spese per le prestazioni previste ai punti 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" e 6.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.

La garanzia non è operante per le visite specialistiche, gli esami e gli accertamenti effettuati a soli fini diagnostici.

6.4 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, il Piano Sanitario provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali e cure", "Post-ricovero" e 6.2 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

6.5 Parto e aborto terapeutico

6.5.1 Parto cesareo

In caso di parto cesareo effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza", "Accompagnatore", "Post-ricovero", e 6.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 5.164,57** per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia "Trasporto sanitario".

6.5.2 Parto non cesareo e aborto terapeutico

In caso di parto non cesareo e aborto terapeutico effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata con la Società, questa provvede al pagamento delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 6.1 "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio" punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza"; relativamente alle prestazioni "post-ricovero" vengono garantite due visite di controllo effettuate nel periodo successivo al parto

nei limiti previsti al punto 6.1 “Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio”, punto “Post-ricovero”, e 6.2 “Trasporto sanitario” con il relativo limite in esso indicato.

La garanzia è prestata fino ad un massimo di **€ 2.582,28** per anno assicurativo e per nucleo familiare, sia in strutture convenzionate che in strutture non convenzionate. In questo caso non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole garanzie, ad eccezione di quanto previsto per la sola garanzia “Trasporto sanitario”.

6.6 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, la Società liquida le spese previste ai punti 6.1 “Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio” e 6.2 “Trasporto sanitario” con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell’organo. Nel caso di donazione da vivente, la garanzia assicura le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.

6.7 Rimpatrio della salma

In caso di decesso all’estero durante un ricovero, la Società rimborsa le spese sostenute per il rimpatrio della salma nel limite di **€ 1.549,37** per anno assicurativo e per nucleo familiare.

6.8 Indennità sostitutiva

L’Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso alla Società, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un’indennità di **€ 80,00** per ogni giorno di ricovero, per un periodo non superiore a **300** giorni per ricovero.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell’indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere **€ 80,00** per ogni notte trascorsa all’interno dell’Istituto di cura.

6.9 Massimale assicurato

Il Piano Sanitario prevede un massimale che ammonta a **€ 300.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Questo significa che se durante l’anno questa cifra viene raggiunta, non vi è più la possibilità di avere ulteriori prestazioni. La copertura riprenderà l’anno successivo e con il nuovo pagamento di premio, per gli eventi che accadessero nel nuovo periodo. Non potranno però essere più rimborsati gli eventi accaduti nell’anno precedente.

6.10 Prestazioni di alta specializzazione

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

<p>Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Angiografia • Artrografia • Broncografia • Cisternografia • Cistografia • Cistouretrografia • Clisma opaco • Colangiografia intravenosa • Colangiografia percutanea (PTC) • Colangiografia trans Kehr • Colecistografia • Dacriocistografia • Defecografia • Fistelografia • Flebografia • Fluorangiografia • Galattografia • Isterosalpingografia • Linfografia • Mielografia 	<ul style="list-style-type: none"> • Rx tenue e colon con mezzo di contrasto • Scialografia • Splenoportografia • Urografia • Vescicolodferentografia • Videoangiografia • Wirsunggrafia <p>Accertamenti</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecocardiografia • Elettroencefalogramma • Elettromiografia • Mammografia o Mammografia Digitale • PET • Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN) • Scintigrafia • Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale) <p>Terapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chemioterapia
---	--

- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto

- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono pagate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 20,00** per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia, che l'Assicurato dovrà versare direttamente alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell' **80%** con un minimo non indennizzabile di **€ 51,65** per ogni sinistro, intendendo per tale l'insieme delle prestazioni relative alla stessa patologia e inviate in un'unica soluzione. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui L'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €10.329,14 per nucleo familiare. Nel caso di patologie oncologiche, il massimale annuo viene elevato a €20.000,00 per nucleo familiare.

6.11 Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono pagate direttamente da UniSalute alle strutture stesse, con l'applicazione di una franchigia di **€ 40,00** per ogni fattura, che l'Assicurato dovrà versare direttamente alla struttura sanitaria all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà inoltre presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell' **80%** con un minimo non indennizzabile di **€ 65,00** per ogni fattura. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla fattura la richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Nel caso in cui l'Assicurato richieda il rimborso delle spese sostenute per prestazioni previste al punto 6.10 "Prestazioni di alta specializzazione" e al presente punto, riconducibili alla stessa patologia, verrà applicato un solo scoperto o minimo non indennizzabile della presente garanzia.

Nel caso in cui L'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €5.164,57 per nucleo familiare

6.12 Protesi ortopediche e acustiche

Il piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto e al riparazione di protesi ortopediche e acustiche.

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con un minimo non indennizzabile di **€51,65** per sinistro.

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €2.000,00 per nucleo familiare.

6.13 Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio

Il piano sanitario provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

Nel caso di utilizzo di **strutture sanitarie** e di **personale convenzionato** con la Società, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono pagate direttamente da UniSalute alle strutture stesse senza applicazioni di scoperti o franchigie. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a **strutture sanitarie** o a **personale non convenzionato** con la Società, le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'**80%** con un minimo non indennizzabile di **€51,65** per ogni ciclo di terapia. Per ottenere il rimborso da parte di UniSalute, è necessario che l'Assicurato allegghi alla fattura la richiesta del medico curante e copia del certificato di Pronto Soccorso.

Nel caso in cui L'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, UniSalute rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico. In questo caso, visto che generalmente l'impegnativa del medico di base viene ritirata all'atto della prenotazione, è sufficiente inviare, insieme al ticket da rimborsare, la fotocopia dell'impegnativa stessa e copia del certificato di Pronto Soccorso

Il limite di spesa annuo per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a €516,46 per nucleo familiare.

6.14 Servizi di consulenza

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-016644 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

a) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

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

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa fornirà tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

6.15 Casi di non operatività del piano

Il Piano Sanitario, come tutti i prodotti assicurativi, non comprende tutti gli eventi riconducibili al tipo di garanzia prevista; nel nostro caso non tutte le spese sostenute per le prestazioni sanitarie garantite sono coperte dalla polizza.

Non sono garantite dal piano sanitario le spese sostenute per i seguenti eventi:

- le patologie pregresse prima dell'inserimento in polizza (esclusione operante solo per i familiari non fiscalmente a carico che aderiscono per la prima volta al 1/1/07 e senza variazione dello stato di famiglia).
- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici* o di malformazioni** preesistenti alla stipulazione del contratto. In caso di ricovero per intervento di correzione della miopia, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie.
- la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici;
- le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
- i ricoveri causati dalla necessità dell'Iscritto di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza.
- Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Iscritto che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- gli interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
- il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento;
- gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto;
- 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.

*Per difetto fisico si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

**Per malformazione si intende la deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

La Centrale Operativa è in ogni caso a disposizione degli Assicurati per chiarire eventuali dubbi che dovessero presentarsi in merito a situazioni di non immediata definibilità.

7. Alcuni chiarimenti importanti

7.1 Inclusioni/esclusioni

1) Coniuge e figli fiscalmente non a carico, convivente "more uxorio" e altri familiari risultanti dallo stato di famiglia

Oltre la data di effetto del contratto, potranno essere inseriti esclusivamente il coniuge e i figli fiscalmente non a carico, il convivente "more uxorio" e gli altri familiari risultanti dallo stato di famiglia di Iscritti neoassunti.

Alle scadenze annuali del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

2) Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

Per gli Iscritti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari come definiti al punto 4 "Le persone per cui è operante la copertura", in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio alla Società dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data di certificazione della variazione sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

3) Nuova iscrizione al Fondo

Nel caso di nuove iscrizioni, la garanzia per l'Isritto e i familiari indicati al punto 4 "Le persone per cui è operante la copertura", primo capoverso, decorre dal giorno dell'iscrizione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni; qualora l'iscrizione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società.

Qualora l'Isritto intenda inserire l'eventuale coniuge e i figli fiscalmente non a carico, il convivente "more uxorio" o altri familiari risultanti dallo stato di famiglia, dovrà includerli nella copertura all'atto dell'iscrizione e non potrà inserirli successivamente.

4) Perdita del requisito di carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio

Nel caso di perdita del requisito del carico fiscale da parte del coniuge o di un figlio, la garanzia cesserà dal momento di accadimento dell'evento e dovrà essere immediatamente comunicata alla Società; potrà essere mantenuta con versamento del premio per il coniuge o per il figlio fiscalmente non a carico da parte dell'Isritto. Qualora il coniuge o il figlio non venga mantenuto nella garanzia dal momento della perdita del carico fiscale, non potrà più essere incluso successivamente.

5) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-isritto e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

7.2 Estensione territoriale

Il piano sanitario ha validità in tutto il mondo con le medesime modalità con cui è operante in Italia.

7.3 Limiti di età

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del **75°** anno di età del titolare, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza successiva al compimento di tale età da parte del titolare; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del titolare l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il titolare.

Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il **75°** anno di età, l'assicurazione cesserà alla prima scadenza annua limitatamente a questo Assicurato.

7.4 Gestione dei documenti di spesa (fatture e ricevute)

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

La documentazione di spesa in originale viene conservata dalla Società e inviata all'Assicurato con cadenza mensile.

7.5 Informative sui rapporti con l'Assicurato

Ritenendo di soddisfare in questo modo le esigenze di trasparenza e di aggiornamento degli Assicurati sullo stato delle loro richieste di rimborso, UniSalute provvede ad inviare nel corso dell'anno i seguenti rendiconti:

ogni mese	<i>Viene inviato un riepilogo delle eventuali richieste di rimborso sospese con l'indicazione della documentazione necessaria al completamento dell'istruttoria della pratica.</i>
ogni 3 mesi	<i>Viene inviato un riepilogo delle richieste di rimborso liquidate e non liquidate nel corso del trimestre passato.</i>

Una volta l'anno, in tempo utile per gli adempimenti di legge, per facilitare la compilazione della dichiarazione dei redditi degli Assicurati, viene inoltre inviato un riepilogo di tutti i sinistri denunciati con l'indicazione, per

ogni documento di spesa, dell'importo richiesto, di quello rimborsato e dell'eventuale quota rimasta a carico dell'Assicurato.

Su detto documento, gli importi residui a carico dell'Assicurato e gli eventuali documenti di spesa non liquidati, vengono indicati espressamente come spese detraibili dalla dichiarazione dei redditi.

7.6 Informazioni sulla situazione personale nel sito internet

Da oggi essere Cliente di UniSalute non vuol dire solo garanzia di protezione e sicurezza, ma anche di comodità, flessibilità e informazione.

Infatti da oggi tutti i nostri Clienti hanno a disposizione un sito internet in cui trovare utili notizie: attualità in materia sanitaria, simpatici test per tenere sotto controllo la propria salute, sezione di domande e risposte mediche, e soprattutto una serie di funzionalità riservate accessibili solo tramite codice personale.

Infatti tutte le informazioni che riguardano il rapporto assicurativo con UniSalute sono disponibili anche on line sul sito www.unisalute.it, dove è possibile:

- verificare/aggiornare i Suoi dati anagrafici
- avere a disposizione il testo completo della polizza
- verificare lo stato di valutazione dei sinistri che ci ha inviato
- avere un riepilogo delle richieste di rimborso di tutti i sinistri
- effettuare domande e richieste particolari.

Per garantire una maggiore sicurezza dei dati dei Clienti, UniSalute fornisce un codice di autorizzazione informatica (CAI) con cui registrarsi e che, abbinato ad un identificativo e ad una password di libera scelta, consente di accedere alle funzioni riservate.

8. Strutture convenzionate con Unisalute

Le case di cura e i centri di analisi convenzionati sono continuamente in evoluzione, grazie all'attività di un nostro staff specializzato nella ricerca delle migliori strutture; per questo occorrerà fare sempre riferimento alla Centrale operativa UniSalute per avere la migliore informazione su questo aspetto al numero verde **800-016644**, oppure consultare il sito internet **www.unisalute.it**.

MODULO PER LA RICHIESTA RIMBORSO PIANO SANITARIO SOCI FONDO PENSIONE DEL PERSONALE DIRETTIVO DELLE SOCIETA' DELL'EX GRUPPO IMI

Affinché Unisalute possa trattare i Suoi/Vostri dati è necessario sottoscrivere il modulo di consenso al trattamento dei dati personali riportato di seguito
Consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assistenziali, assicurative e liquidative
(Art. 23 D.Lgs. n. 196/03 - Codice in materia di protezione dei dati personali)

Sulla base dell'informativa allegata al presente modulo, Lei/Voi può/potete esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi/Vostri dati personali, eventualmente anche sensibili, per finalità assistenziali, assicurative e liquidative, apponendo la Sua firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari assicurati. Ricordiamo che in mancanza di questo consenso UniSalute S.p.A. non darà esecuzione al contratto assicurativo e/o si vedrà impossibilitata a trattare i dati sensibili per la liquidazione degli eventuali sinistri o rimborsi.

Luogo e data _____	Nome e cognome _____ del titolare di polizza (in stampatello) (firma dell'interessato)
Nome e cognome _____ Del coniuge/convivente (in stampatello) (firma dell'interessato)	Nome e cognome _____ del familiare 1 (in stampatello) (firma dell'interessato)
Nome e cognome _____ Del familiare 2 (in stampatello) (firma dell'interessato)	Nome e cognome _____ del familiare 3 (in stampatello) (firma dell'interessato)

Per minori/inabilitati/interdetti firmano i genitori/curatori/tutori

ASSICURATO: Cognome _____ Nome _____

PERSONA PER CUI SI RICHIEDE IL RIMBORSO: Cognome _____ Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov _____ Residente in via _____

CAP _____ Città _____ Prov _____ Cod. Fiscale _____ Tel _____

Documentazione richiesta

Ricovero in Istituto di cura, day-hospital, intervento chirurgico ambulatoriale, parto o aborto terapeutico

Copia della cartella clinica completa ed eventuali prescrizioni mediche
Fatture e/o ricevute fiscali

Prestazioni pre e post ricovero

Prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
Fatture e/o ricevute fiscali

Ricovero: richiesta indennità sostitutiva

Copia della cartella clinica completa

Prestazioni di alta specializzazione

Prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
Fatture e/o ricevute fiscali

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici

Prescrizioni mediche con indicazione patologia presunta o accertata
Fatture e/o ricevute fiscali

Protesi ortopediche e acustiche

Fatture e/o ricevute fiscali

Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito da infortunio

Prescrizioni mediche con indicazione patologia

Copia certificato di Pronto Soccorso

Fatture e/o ricevute fiscali

Si allegano le seguenti fatture

NUMERO	DATA	IMPORTO

NUMERO	DATA	IMPORTO

Altre polizze malattia/infortuni possedute: SI NO Compagnia _____

Ai fini del rimborso diretto, notifico le mie coordinate bancarie

CIN	_	Banca/ABI	_ _ _ _ _	Sportello/CAB	_ _ _ _ _	N° Conto Corrente	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
-----	---	-----------	-----------	---------------	-----------	-------------------	---------------------------------

Inviare il presente modulo a: **UNISALUTE S.p.A. - Via Del Gomito, 1 - 40127 Bologna**

Data _____

Firma del Titolare _____

La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali, comuni e sensibili idonei a rivelare lo stato di salute, per finalità assicurative ed assicurative, nonché sull'uso dei suoi dati comuni per finalità commerciali e sui Suoi diritti.

(Art. 13 del D.Lgs. n. 196/03 – Codice in materia di protezione dei dati personali)

1. Trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative e liquidative(1)

Al fine di fornirLe i servizi di assistenza sanitaria ed assicurativi richiesti o in Suo favore previsti, la nostra Società (la Compagnia di Assicurazioni UniSalute S.p.A.) deve disporre di dati personali che La riguardano – alcuni dei quali ci debbono essere forniti per obbligo di legge (2) da Lei o da altri soggetti (3) – e deve trattarli, nel quadro delle finalità assicurative secondo le ordinarie e molteplici attività e modalità operative dell'assicurazione.

Le chiediamo, di conseguenza, di esprimere il consenso per il trattamento dei Suoi dati strettamente necessari per la fornitura dei suddetti servizi e/o prodotti assicurativi.

Il consenso che Le chiediamo riguarda anche i dati sensibili (4) – ed in particolare quelli idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato – strettamente inerenti alla fornitura dei servizi previsti dal Piano Sanitario in essere, garantiti con relativa polizza assicurativa, il trattamento dei quali, come il trattamento delle altre categorie di dati oggetto di particolare tutela (5), è ammesso, nei limiti in concreto strettamente necessari, dalle relative autorizzazioni di carattere generale rilasciate dal Garante per la protezione dei dati personali.

Inoltre, esclusivamente per le finalità sopra indicate e sempre limitatamente a quanto di stretta competenza in relazione allo specifico rapporto intercorrente tra Lei e la nostra Società (UniSalute S.p.A.), i dati, secondo i casi, possono o debbono essere comunicati ad altri soggetti appartenenti al settore assicurativo o correlati con funzione meramente organizzativa o aventi natura pubblica che operano - in Italia o all'estero - come autonomi titolari, soggetti tutti così costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (6). In particolare, i suoi dati, per le sole finalità di assistenza sanitaria legata alla fornitura dei servizi previsti dal Piano Sanitario in essere, saranno trattati anche da C.A.S.P.I.E - Cassa Autonoma di Assistenza Sanitaria tra il Personale dell'Istituto di Emissione con sede in Roma, Via 2 macelli 73, c.a.p 00187.

I suoi dati personali ed identificativi confluiranno in una Anagrafica Clienti del Gruppo Unipol.

Il consenso che Le chiediamo riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti all'interno della "catena assicurativa" effettuati dai predetti soggetti.

Precisiamo che senza i Suoi dati non potremmo fornirLe, in tutto o in parte, i servizi e/o i prodotti assicurativi citati.

2. Trattamento dei dati personali comuni per finalità commerciali

In una sezione separata Le chiediamo, altresì, di esprimere uno specifico consenso per il trattamento dei Suoi dati comuni da parte della nostra Società (UniSalute S.p.A.) al fine di rilevare la qualità dei servizi, le esigenze della clientela, di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche, nonché di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri, di Gruppo o di terzi.

I dati da Lei forniti saranno trattati, anche mediante l'utilizzo di strumenti informatici e telematici, e potranno essere trattati, nell'ambito delle medesime finalità, anche da terze società incaricate da UniSalute S.p.A. di svolgere alcune operazioni di trattamento. I Suoi dati personali non saranno soggetti a diffusione. Inoltre, esclusivamente per le medesime finalità, i Suoi dati potranno essere comunicati ad altri soggetti che operano – in Italia o all'estero – come autonomi titolari. I dati potranno essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti: società anche bancarie del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge); società specializzate per informazione e promozione commerciale, per ricerche di mercato e per indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti; assicuratori; coassicuratori; agenti; subagenti; mediatori di assicurazione e di riassicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim. L'elenco completo e aggiornato delle suddette categorie di soggetti è disponibile gratuitamente consultando il sito internet www.unisalute.it.

Il consenso riguarda, pertanto, oltre alle nostre comunicazioni e trasferimenti, anche gli specifici trattamenti e le comunicazioni e trasferimenti effettuati, anche congiuntamente ed in via integrata, da o con tali soggetti.

Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto circa la fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi.

3. Modalità di uso dei dati personali

I dati sono trattati (7) dalla nostra Società (UniSalute S.p.A.) – titolare del trattamento – solo con modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, strettamente necessarie per fornirLe i servizi di assistenza sanitaria e/o prodotti assicurativi richiesti o in Suo favore previsti ovvero, limitatamente ai dati comuni e qualora vi abbia acconsentito, per ricerche di mercato, indagini statistiche e attività promozionali; sono utilizzate le medesime modalità e procedure anche quando i dati vengono comunicati per i suddetti fini ai soggetti già indicati nella presente informativa, i quali a loro volta sono impegnati a trattarli usando solo modalità e procedure strettamente necessarie per le specifiche finalità indicate nella presente informativa.

Nella nostra Società (UniSalute S.p.A.) i dati sono trattati da incaricati e collaboratori, nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità alle istruzioni ricevute, sempre e soltanto per il conseguimento delle predette finalità; lo stesso avviene presso i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati.

Per talune attività utilizziamo soggetti di nostra fiducia – operanti talvolta anche all'estero – che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica od organizzativa (8); lo stesso fanno anche i soggetti già indicati nella presente informativa a cui i dati vengono comunicati. Il consenso sopra più volte richiesto comprende, ovviamente, anche le modalità, procedure, comunicazioni e trasferimenti qui indicati.

4. Diritti dell'interessato

Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati presso i singoli Titolari di trattamento, cioè presso la nostra Società ed i soggetti sopra indicati a cui li comunichiamo, e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare di chiederne il blocco e di opporsi al loro trattamento (9).

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché per informazioni più dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati, Lei può consultare il sito Internet www.unisalute.it oppure rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" presso UniSalute S.p.A. – Via del Gomito, 1 – 40127 Bologna (BO) – Fax: 051/320.961 – e-mail: privacy@unisalute.it.

Relativamente al trattamento effettuato da C.A.S.P.I.E, Lei può rivolgersi al "Responsabile per il riscontro agli interessati" presso la Cassa stessa.

– NOTE –

- 1) La “finalità assicurativa” richiede necessariamente, tenuto conto anche della Raccomandazione del Consiglio d'Europa REC (2002)9, che i dati siano trattati: per la predisposizione e stipulazione di polizze assicurative; raccolta dei premi; liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; riassicurazione; coassicurazione; prevenzione e individuazione, di concerto con le altre Compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; costituzione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore; adempimento di altri specifici obblighi di legge o contrattuali; analisi di nuovi mercati assicurativi; gestione e controllo interno; attività statistico-tariffarie.
- 2) Ad esempio, ai sensi della normativa contro il riciclaggio.
- 3) Ad esempio: altri soggetti inerenti al rapporto che La riguarda (contraenti di assicurazioni in cui Lei risulti assicurato, beneficiario ecc.); altri operatori assicurativi (quali agenti, broker di assicurazione, imprese di assicurazione ecc.); soggetti che, per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro ecc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici, per i quali si rinvia alla nota n. 6.
- 4) Cioè dati di cui all'art. 4, comma 1, lett. d), del Codice, quali non solo i dati relativi allo stato di salute, ma anche quelli idonei a rivelare convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, attinenti le opinioni politiche, sindacali e religiose.
- 5) Ad esempio: dati relativi a procedimenti giudiziari o indagini.
- 6) Secondo il particolare rapporto assicurativo, i dati possono essere comunicati a taluni dei seguenti soggetti:
 - assicuratori, coassicuratori (indicati nel contratto) e riassicuratori; agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche, società di gestione del risparmio, sim; legali; periti e medici;
 - società di servizi per il quietanzamento; società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, tra cui centrale operativa di assistenza (indicata nel contratto), società di consulenza per tutela giudiziaria (indicata nel contratto), clinica convenzionata (scelta dall'interessato); società di servizi informatici e telematici o di archiviazione; società di servizi postali (per trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela) (indicate sul plico postale); società di revisione e di consulenza (indicata negli atti di bilancio); società di informazione commerciale per rischi finanziari; società di servizi per il controllo delle frodi; società di recupero crediti;
 - società del Gruppo a cui appartiene la nostra Società (controllanti, controllate o collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
 - ANIA – Associazione nazionale fra le imprese assicuratrici (Via della Frezza, 70 – Roma), per la raccolta, elaborazione e reciproco scambio con le imprese assicuratrici, alle quali i dati possono essere comunicati, di elementi, notizie e dati strumentali all'esercizio dell'attività assicurativa e alla tutela dei diritti dell'industria assicurativa rispetto alle frodi;
 - organismi consortili propri del settore assicurativo – che operano in reciproco scambio con tutte le imprese di assicurazione consorziate, alle quali i dati possono essere comunicati – quali: Pool Italiano per la Previdenza Assicurativa degli Handicappati (Via dei Giuochi Istmici, 40 – Roma); commissari liquidatori di imprese di assicurazione poste in liquidazione coatta amministrativa (provvedimenti pubblicati nella Gazzetta Ufficiale), per la gestione degli impegni precedentemente assunti e la liquidazione dei sinistri; ISVAP – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo (Via del Quirinale, 21 – Roma), ai sensi della legge 12 agosto 1982, n. 576, e della legge 26 maggio 2000, n. 137;
 - nonché altri soggetti, quali: UIC – Ufficio Italiano dei Cambi (Via IV Fontane, 123 – Roma), ai sensi della normativa antiriciclaggio di cui all'art. 13 della legge 6 febbraio 1980, n. 15; Casellario Centrale Infortuni (Via Roberto Ferruzzi, 38 – Roma), ai sensi del decreto legislativo 23 febbraio 2000, n. 38; CONSOB – Commissione Nazionale per le Società e la Borsa (Via G. B. Martini, 3 – Roma), ai sensi della legge 7 giugno 1974, n. 216; COVIP – Commissione di vigilanza sui fondi pensione (Via in Arcione, 71 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Ministero del lavoro e della previdenza sociale (Via Flavia, 6 – Roma), ai sensi dell'art. 17 del decreto legislativo 21 aprile 1993, n. 124; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS (Via Ciro il Grande, 21 – Roma); Ministero dell'economia e delle finanze – Anagrafe tributaria (Via Carucci, 99 – Roma), ai sensi dell'art. 7 del D.P.R. 29 settembre 1973, n. 605 e dell'art. 32 del D.P.R. del 29 settembre 1973, n. 600; Magistratura; Forze dell'ordine (P.S.; C.C.; G.d.F.; VV.FF.; VV.UU.); altri soggetti o banche dati nei confronti dei quali la comunicazione dei dati è obbligatoria.L'elenco completo di tutti i predetti soggetti è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente chiedendolo al “Responsabile per il riscontro agli interessati” indicato nell'informativa oppure consultando il sito Internet www.unisalute.it
- 7) Il trattamento può comportare le seguenti operazioni previste dall'art. 4, comma 1, lett. a), del Codice: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione, distruzione di dati; è invece esclusa l'operazione di diffusione di dati.
- 8) Questi soggetti sono società o persone fisiche nostre dirette collaboratrici e svolgono le funzioni di responsabili del nostro trattamento dei dati. Nel caso invece che operino in autonomia come distinti “titolari” di trattamento rientrano, come detto, nella cosiddetta “catena assicurativa” con funzione organizzativa.
- 9) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione e il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può essere sempre esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.