

Condizioni di Assicurazione

Contratto di assicurazione sanitaria

Covid 19- Fondo Assistenza Carabinieri

Proposta B

Versione del 27/03/2020

INDICE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	1
GLOSSARIO	1
1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE.....	5
2. PERSONE ASSICURATE	5
3. INDENNITA' GIORNALIERA	5
4. DIARIA POST RICOVERO A SEGUITO DI TERAPIA INTENSIVA PER COVID-2019	5
5. ASSISTENZA	6
6. PREMIO.....	7
6.1 PREMIO.....	7
7. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA.....	7
8. INCLUSIONI / ESCLUSIONI	7
A - CONDIZIONI GENERALI	8
A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	8
A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE	8
A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE.....	8
A.4 ONERI FISCALI	8
A.5 FORO COMPETENTE	8
A.6 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	8
A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE.....	8
A.8 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	8
A.9 ALTRE ASSICURAZIONI	9
A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUIZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE	9
A.11 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	9
A.12 DIRITTO DI RECESSO	9
A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE.....	9
A.14 REGIME FISCALE.....	9
A.15 RECLAMI	9
A.17 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE.....	10
A.18 COMMISSIONE PARITETICA	11
B - LIMITAZIONI	11
B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE	11
B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	11
B.3 LIMITI DI ETÀ.....	11
C - SINISTRI.....	11
C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO	11
C.3 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS 7/2013	12
C.4 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE	12
1. Informazioni generali	12
2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa.....	13

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Versione del 27/03/2020

GLOSSARIO

Accertamento diagnostico

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

Anno

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

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza

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

Assistenza Infermieristica

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

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

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

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

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

Contraente

Il soggetto che stipula la polizza.

Cure a carattere sperimentale

Insieme di tecniche terapeutiche ancora in fase di studio il cui scopo è quello di conoscerne l'efficacia, la sicurezza e la tolleranza.

Day-hospital

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

Difetto fisico

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

Documentazione sanitaria

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa (comprese le notule e ricevute dei medicinali).

FIN-NET

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

Franchigia

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

Imprese di assicurazione

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

Indennità giornaliera

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero stesso.

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 con l'esclusione delle iniezioni/infiltrazioni effettuate per la somministrazione di medicinali.

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, ivi comprese le strutture istituite *ad hoc* o adibite all'assistenza ospedaliera, anche in via temporanea, in seguito all'emergenza Covid-19, comunque sotto la responsabilità e tutela delle direzioni sanitarie.

Ivass

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

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

Libera professione intramuraria

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

Lite transfrontaliera

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

Malattia

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

Malformazione

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

Massimale

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

Medicinale

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

Medicina non ufficiale

Insieme di tecniche terapeutiche non riconosciute dalla Medicina Ufficiale o Accademica

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

Reclamo

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

Reclamante

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

Ricovero

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

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scoperto

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

Sinistro

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

Società

UniSalute S.p.A. Compagnia di Assicurazioni.

Struttura sanitaria convenzionata

Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico e relativi medici chirurghi – dedicati al presente Piano Sanitario – con cui UniSalute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante a seguito di infezione da COVID-19. Il piano sanitario garantisce:

- Indennità da ricovero in Istituto di cura;
- Indennità giornaliera da isolamento domiciliare;
- Diaria forfettaria a seguito di ricovero in terapia intensiva e sub-intensiva;
- Trasporto in ambulanza (come normato al punto 6);
- Assistenza infermieristica specializzata (come normato al punto 7).

Il piano sanitario garantisce altresì:

- Assistenza (come normato al punto 8).

Le modalità di utilizzo delle prestazioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

2. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore di tutti i Carabinieri in servizio. La contraenza della polizza collettiva è assunta dal Fondo Assistenza Previdenza e Premi per il Personale dell'Arma dei Carabinieri

3. INDENNITA' GIORNALIERA

La Società si obbliga a corrispondere per ogni giorno **di Ricovero in Istituto di Cura** a seguito di Sinistro avvenuto durante l'operatività del contratto nel quale risulti positività al virus COVID-19 (Coronavirus) una **diaria giornaliera di euro 100,00** con un massimo di 14 giorni indennizzabili nel periodo assicurativo per ciascun Assicurato.

Il giorno di entrata e quello di uscita si considerano un solo giorno.

4. INDENNITA' GIORNALIERA DA ISOLAMENTO DOMICILIARE

La Società si obbliga a corrispondere per ogni giorno **di Isolamento Domiciliare** (o altra sede protetta, ad esempio Caserma) a seguito di Sinistro avvenuto durante l'operatività del contratto nel quale risulti positività al virus COVID-19 (Coronavirus) una **diaria giornaliera di euro 25,00** per un massimo di 14 giorni indennizzabili nel periodo assicurativo per ciascun Assicurato.

5. DIARIA POST RICOVERO A SEGUITO DI TERAPIA INTENSIVA O SUB- INTENSIVA PER COVID-2019

Successivamente alla dimissione ed esclusivamente nel caso in cui durante il Ricovero sia **stato necessario il ricorso alla Terapia Intensiva o Sub-intensiva dell'Assicurato**, è prevista una diaria per la convalescenza complessivamente pari ad **euro 3.000,00** nel periodo assicurativo per ciascun Assicurato.

6. TRASPORTO IN AMBULANZA DALL'OSPEDALE AL DOMICILIO DELL'ASSICURATO, POST RICOVERO, IN CASO DI POSITIVITÀ COVID-19 (CORONAVIRUS) A SEGUITO DI RICOVERO TERAPIA INTENSIVA O SUB- INTENSIVA PER COVID-2019

Qualora l'assicurato **a seguito delle dimissioni dall'Ospedale** necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Società provvederà a rimborsare il trasferimento, sino ad un massimo di **€ 1.000,00** per ciascun Assicurato.

7. ASSISTENZA INFERMIERISTICA SPECIALIZZATA DOMICILIARE POST RICOVERO IN CASO DI POSITIVITÀ COVID-19 (CORONAVIRUS)

A seguito di Ricovero per covid-2019 indennizzabile nei 30 giorni successivi alla dimissione.

La Centrale Operativa, previo accertamento dell'effettiva necessità secondo il parere del medico di UniSalute, al fine di consentire la continuazione di terapie domiciliari dopo le dimissioni dall'Istituto di Cura, provvede a fornire un'assistenza infermieristica specializzata per un massimo di 20 ore complessive per massimo 14 giorni. Tali prestazioni possono essere usufruite senza soluzione di continuità o ad intervalli da concordarsi con il medico di UniSalute.

Per l'attivazione della garanzia, l'assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa di UniSalute la propria necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura.

In ogni caso, laddove la richiesta della prestazione venga fatta in un momento successivo, il servizio viene erogato solamente se sussistono le condizioni di sicurezza ed i requisiti richiesti per la sua attivazione, e comunque entro 3 giorni dalla data della richiesta stessa.

8. ASSISTENZA

L'Assicurato può accedere ai seguenti servizi, tramite la Centrale Operativa di Unisalute disponibile 24 ore su 24 tutti i giorni dell'anno, utilizzando dall'Italia il n.ro verde 800-212477:

Pareri medici immediati (teleconsulto)

In caso di **sintomi sospetti** (es. febbre, tosse, problemi respiratori, ecc.), gli Assicurati potranno ricevere informazioni. I medici, dopo una breve indagine telefonica per capire il livello di difficoltà e di urgenza, forniranno all'Assicurato le dovute informazioni del caso.

Counseling psicologico

La Società offre un servizio di Counseling Psicologico, che consiste in un Centro di Ascolto telefonico sempre attivo tramite il quale ogni Assicurato ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

A seguito di sinistro indennizzabile, nei 30 giorni successivi alla dimissione l'assicurato può accedere al seguente servizio:

Video consulto per Visite Specialistiche post Ricovero

La Società in caso di complicanze post-ricovero, a seguito di infezione da Covid-19, nei 30 giorni successivi alla giornata di dimissione, offre la possibilità di ottenere un video consulto al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato.

Viene garantito un confronto diretto con lo specialista per i casi in cui non sia necessario un contatto fisico, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti.

Per poter usufruire della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare la Centrale Operativa UniSalute per richiedere la prenotazione del video consulto con professionisti specializzati, utilizzando il numero verde indicato nel Piano Sanitario.

Al fine dell'attivazione è necessario fornire un indirizzo email al quale sarà inviato il link a cui è possibile collegarsi per il video consulto, utilizzando il proprio computer o un dispositivo mobile, smartphone o tablet (consigliate le ultime versioni di Google Chrome o Mozilla Firefox).

Durante il video consulto è consigliabile tenere a portata di mano i seguenti documenti da condividere con il medico:

- un documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto);
- i referti in formato elettronico di esami precedenti riferibili alla medesima prestazione;
- l'eventuale prescrizione del medico curante relativa alla prestazione richiesta, se previsto dal Piano Sanitario.

Il seguente servizio di consulenza viene fornito dalla Centrale Operativa di UniSalute telefonando al numero verde 800-009694 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa attua un servizio di informazione sanitaria, indipendentemente dagli eventi previsti dalla copertura, in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni;
- preparazione propedeutica ad esami diagnostici;

9. PREMIO

Il premio deve essere pagato alla Direzione della Società tramite gli ordinari mezzi di pagamento e nel rispetto della normativa vigente.

A parziale deroga dell'art. 1901 c.c. il premio verrà corrisposto entro 60 (sessanta) giorni dall'effetto della presente polizza.

9.1 PREMIO

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

premio per ogni dipendente € 6,00

10. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per gli iscritti avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno di sottoscrizione della polizza.

11. INCLUSIONI / ESCLUSIONI

Le movimentazioni all'interno della presente polizza sono regolate dai punti di seguito indicati.

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

Le inclusioni in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni. La garanzia per gli Iscritti, indicati al punto 2 "Persone assicurate", primo capoverso, decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata alla Società entro 30 giorni. Qualora

L'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione alla Società e il premio sarà pari a € 6,00.

2) Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-iscritto viene **mantenuto nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.**

A - CONDIZIONI GENERALI

A.1 EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione della polizza.

A.2 DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza avrà durata annuale.

A.3 MODIFICA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.4 ONERI FISCALI

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

A.5 FORO COMPETENTE

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

A.6 PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

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

A.7 RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

A.8 OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE

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

A.9 ALTRE ASSICURAZIONI

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

A.10 AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

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

A.11 OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

A.12 DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

A.13 LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

A.14 REGIME FISCALE

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

Il contratto prevede una pluralità di garanzie, per ciascuna delle quali il relativo premio è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo le seguenti aliquote attualmente in vigore:

- a) rimborso spese sanitarie: 2,5%
- b) assistenza: 10%

A.15 RECLAMI

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

Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unisalute.it. Per poter dare seguito alla richiesta nel reclamo dovranno essere necessariamente indicati nome, cognome e codice fiscale (o partita IVA) dell'assicurato.

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 del Consumatore, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, telefono 06.42.133.1.

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

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

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

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

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

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

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

A.16 CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE

Ferma la libertà di adire l'Autorità Giudiziaria, le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicili elettivo dell'Assicurato.

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

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

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

Resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

A.17 COMMISSIONE PARITETICA

La risoluzione delle problematiche relative alle controversie sulla interpretazione delle clausole contrattuali è demandata altresì alla apposita Commissione paritetica.

B - LIMITAZIONI

B.1 ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

B.2 ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante per:

L'Assicurazione non è operante per i sinistri avvenuti anteriormente all'effetto della Polizza (positività al covid 19 certificata in data anteriore all'effetto della Polizza); anche la corresponsione della diaria per la convalescenza e le prestazioni di assistenza non sono operanti se il Ricovero è avvenuto anteriormente all'effetto della Polizza.

B.3 LIMITI DI ETÀ

L'assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 70° anno di età dell'Assicurato, cessando automaticamente alla prima scadenza annuale di polizza, al compimento del 71° anno d'età da parte dell'Assicurato e la Società non accetterà ulteriori pagamenti di premio da soggetti che abbiano già compiuto 70 anni.

C – SINISTRI

C.1 DENUNCIA DEL SINISTRO

Per la gestione, trattazione e liquidazione dei sinistri, nonché per la prenotazione della garanzia "Assistenza infermieristica specializzata domiciliare post ricovero in caso di positività COVID-19 (Coronavirus)", i servizi vengono forniti da UniSalute, contattando il numero verde **800-009694**) dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

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

Per ottenere l'erogazione delle garanzie, l'Assicurato deve inviare direttamente all'indirizzo e-mail rimborsocovid19@unisalute.it ovvero all'indirizzo postale **UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO – Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO, la documentazione necessaria:**

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;

- in caso di ricovero, lettera di dimissioni. Qualora dalla lettera di dimissioni non si evincano le informazioni necessarie per la valutazione del sinistro, la Società si riserva la facoltà di richiedere documentazione aggiuntiva.
- certificato di positività al test Covid 19 in caso di indennità giornaliera da isolamento domiciliare

All'interno dell'**Area riservata** accessibile dal sito www.unisalute.it, l'Assicurato potrà consultare e conoscere le specifiche del suo Piano sanitario.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, **UniSalute avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.**

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato **viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società 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 dalla Società 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, con le modalità previste nelle singole garanzie di polizza, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere documentato e certificato.

C.2 CLAUSOLA DI TRASMISSIBILITÀ AGLI EREDI

Le Indennità previste nel contratto saranno liquidate alla famiglia anche nel caso di sopraggiunto decesso durante il ricovero.

C.3 INFORMATIVA "HOME INSURANCE" - INDICAZIONI PER L'ACCESSO ALL'AREA RISERVATA AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS 7/2013

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

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

La Compagnia, da sempre attenta alla tutela della propria clientela, condividendo le finalità del Provvedimento, ha attivato un' "Area provv. IVASS 7/2013" accessibile dal sito internet, alla quale ciascun Cliente potrà accedere. Si segnala che la predetta area sarà differente dall' "AREA SERVIZI CLIENTI" già presente e attiva da tempo sulla home page della Compagnia.

Al riguardo si precisa che, secondo quanto previsto dal Provvedimento, sarà possibile accedere all'area IVASS richiedendo le credenziali di accesso all'area riservata direttamente sul sito internet della Compagnia. Successivamente al primo accesso, la Compagnia fornirà le credenziali personali, che consentiranno di consultare le coperture assicurative in essere, le condizioni contrattuali, lo stato dei pagamenti e le relative scadenze.

C.4 INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

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

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell' 8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicuratrici: 1.00084.

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

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'Impresa

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