

ARPAE
Agenzia regionale per la prevenzione, l'ambiente e l'energia
dell'Emilia - Romagna

* * *

Atti amministrativi

Deliberazione del Direttore Generale	n. DEL-2020-42 del 06/04/2020
Oggetto	Direzione Amministrativa. Servizio Organizzazione e Risorse Umane. Servizio Acquisti. Sottoscrizione di polizza assicurativa sanitaria per i dipendenti dell'Agenzia, in caso di contagio da Covid-19.
Proposta	n. PDEL-2020-43 del 02/04/2020
Struttura proponente	Servizio Organizzazione e Risorse Umane Servizio Acquisti
Dirigente proponente	Manaresi Lia Bortolotti Elena
Responsabile del procedimento	Bortolotti Elena

Questo giorno 6 (sei) aprile 2020 (duemilaventi), in Bologna, il Direttore Generale, Dott. Giuseppe Bortone, delibera quanto segue.

Oggetto: Direzione Amministrativa. Servizio Organizzazione e Risorse Umane. Servizio Acquisti. Sottoscrizione di polizza assicurativa sanitaria per i dipendenti dell'Agenzia, in caso di contagio da Covid-19.

RICHIAMATO:

- il *“Protocollo d'intesa con le organizzazioni sindacali a tutela del personale di Arpae”* (Rep. n. 331/2020) siglato tra la Direzione Generale di Arpae e i rappresentanti delle segreterie regionali delle Organizzazioni sindacali (Cgil-Fp, Fp-Cisl, Uil-Fpl) al fine di garantire che l'emergenza Covid-19 venga affrontata, con riferimento alla funzionalità dell'Agenzia, nel pieno rispetto della sicurezza del personale;

RILEVATO:

- che, in considerazione dell'emergenza epidemiologica relativa al rischio sanitario dovuto alla diffusione del Covid-19, nel suddetto Protocollo d'intesa si prevede, tra le altre misure, la possibilità per Arpae di attivare, previo accordo con le organizzazioni sindacali, una polizza assicurativa per tutto il personale, che preveda un'indennità in caso di ricovero e convalescenza legata all'infezione da Covid-19;

VISTE:

- le disposizioni dei CCNL applicati al personale di Arpae in materia di welfare integrativo, che prevedono la possibilità di disporre, in sede di contrattazione collettiva integrativa, la concessione di benefici di natura assistenziale e sociale in favore di propri dipendenti;

PRECISATO:

- che gli oneri per la concessione dei suddetti benefici sono sostenuti mediante utilizzo di quota parte delle risorse dei fondi contrattuali (Fondo per la premialità e fasce per il personale del comparto e Fondo per la retribuzione di risultato per il personale dirigente);

RICHIAMATO:

- l'*“Accordo in merito alla concessione di benefici di natura assistenziale per il personale di Arpae in relazione all'emergenza Covid-19”* (Rep. n. 332/2020), siglato in data 25/03/2020 dalle organizzazioni sindacali della dirigenza, del comparto e dalle RSU aziendali;

RILEVATO:

- che, con il suddetto Accordo Rep. n. 332/2020, le Parti hanno concordato di destinare un importo presunto pari a complessivi Euro 11.224,00 (suddiviso secondo quanto riportato nell'accordo medesimo) per la concessione dei benefici collegati all'attivazione di un'apposita polizza sanitaria che preveda la concessione di benefici assistenziali, di tipo economico e sanitario, a favore dei dipendenti di Arpae che risultassero colpiti dal

contagio da Covid-19;

DATO ATTO:

- che, in conformità a quanto disposto dall'Allegato A) lett. U) del "Regolamento per l'adozione degli atti di gestione delle risorse dell'Agenzia", approvato con D.D.G. n. 109/2019, con il presente atto si provvede, altresì, a recepire i contenuti del suddetto *"Accordo in merito alla concessione di benefici di natura assistenziale per il personale di Arpae in relazione all'emergenza Covid-19"* (Rep. n. 332/2020);

ATTESO:

- che è interesse dell'Agenzia avvalersi di apposita assicurazione che copra il rischio summenzionato;
- che, in relazione alla suddetta esigenza di copertura assicurativa, AON S.P.A., titolare del contratto prot. PGDG/2017/1884 (CIG 6840349291) per servizi di brokeraggio assicurativo a favore di Arpae per il periodo 1.03.2017 - 28.02.2021, in esito ad affidamento disposto con determina n. 133 del 15/02/2017, ha proposto un contratto di assicurazione sanitaria di UNISALUTE, secondo lo schema allegato sub A) al presente atto, a favore della collettività dei dipendenti, dalle seguenti caratteristiche essenziali:
 - la Compagnia assicuratrice 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 (tampone positivo Coronavirus) una diaria giornaliera di Euro 100,00 con un massimo di 10 giorni indennizzabili nel periodo assicurativo per ciascun Assicurato, con applicazione di una Franchigia di 3 giorni;
 - successivamente alla dimissione ed esclusivamente nel caso in cui durante il Ricovero sia stato necessario il ricorso alla Terapia Intensiva con intubazione dell'Assicurato, è prevista una diaria per la convalescenza complessivamente pari ad Euro 3.000,00 nel periodo assicurativo per ciascun Assicurato;
 - assistenza post-ricovero per spese previste nel testo di polizza;
 - premio per ogni dipendente pari a 9,00 Euro;
 - decorrenza della copertura: dalla data di attivazione sino al 31/12/2020;

STIMATA:

- una spesa presunta di Euro 11.224,00 (comprensivo del contributo per l'adesione alla Cassa di assistenza come di seguito indicato) per n. 1216 dipendenti;

CONSIDERATO:

- che la sottoscrizione della polizza avverrà attraverso la cassa di assistenza Previline, Fondo Sanitario iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero

della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, a fronte del versamento di un contributo pari a 280,00 Euro, e che per il contratto è stato acquisito il seguente CIG ZD72C88B69;

- che il riferimento normativo che contestualizza l'entrata in vigore della normativa tributaria applicabile ai contributi versati ad una Cassa di assistenza in relazione ai redditi di lavoro dipendente è quello identificato all'art. 51, comma 2, lettera a) del TUIR, già art. 48, approvato con D.P.R. 22/12/1986, n. 917 e successive modificazioni, ultima delle quali introdotta con il D.Lgs. 12/12/2003 n. 344;

VISTI:

- il Decreto Legislativo del 18 aprile 2016 n. 50 e s.m.i., "Codice dei Contratti Pubblici";
- il Regolamento per la disciplina dei contratti pubblici di servizi e forniture;
- il Regolamento per l'adozione degli atti di gestione delle risorse dell'Agenzia;

RICHIAMATO:

- in particolare l'art. 36, comma 2, lettera a) del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. che consente di procedere per l'affidamento di servizi e forniture di importo inferiore alle soglie di cui all'art. 35 D.Lgs. n. 50/2016, mediante procedura di affidamento diretto, anche senza previa consultazione di due o più operatori economici;
- che trattandosi della prima volta in cui Arpae provvede alla stipula di una polizza per copertura assicurativa sanitaria, non risulta applicabile il principio di rotazione;
- le Linee Guida n. 4, di attuazione del D.Lgs. n. 50/2016, recanti "Procedure per l'affidamento dei contratti pubblici di importo inferiore alle soglie di rilevanza comunitaria, indagini di mercato e formazione e gestione degli elenchi di operatori economici" approvate dall'ANAC;

DATO ATTO:

- che non sono attive convenzioni Consip di cui all'art. 26, comma 1), Legge n. 488/1999 né della centrale di committenza regionale Agenzia Intercent-ER di cui all'art. 21 della Legge Regionale n. 11/2004, aventi ad oggetto servizi analoghi a quelli di interesse;
- che sono stati condotti accertamenti volti ad appurare l'esistenza di rischi da interferenza nell'esecuzione dell'appalto in oggetto e che non sono stati riscontrati i suddetti rischi, pertanto non è stato necessario provvedere alla redazione del DUVRI, e non sono conseguentemente previsti oneri per la sicurezza per il rischio da interferenze;
- che il servizio non rientra nei settori merceologici oggetto di Criteri Ambientali Minimi approvati con decreto del Ministero dell'Ambiente, di cui all'art. 34 del D.Lgs. n. 50/2016;

RITENUTO, per tutto quanto esposto:

- di sottoscrivere il contratto di assicurazione sanitaria di UNISALUTE, “Andrà tutto bene”, secondo lo schema allegato sub A) al presente atto, a favore del personale in caso di Ricovero a seguito di infezione da Covid-19 diagnosticata successivamente alla decorrenza della copertura, a fronte di un premio pari a 9,00 Euro per ciascun dipendente, per un totale stimato di Euro 11.224,00 (comprensivo del contributo per l’adesione alla Cassa di assistenza come di seguito indicato) per n. 1216 dipendenti;
- di dare atto che alla sottoscrizione della polizza si procederà attraverso la cassa di assistenza Previline, Fondo Sanitario iscritto all’Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, a fronte del versamento di un contributo pari a 280,00 Euro e che per il contratto è stato acquisito il seguente CIG ZD72C88B69;
- di nominare Responsabile Unico del Procedimento per quanto riguarda il contratto assicurativo, ai sensi dell’art. 31 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. e dell’art. 3 del Regolamento per la disciplina dei contratti pubblici di servizi e forniture di Arpae, la Dott.ssa Elena Bortolotti, Responsabile del Servizio Acquisti;

ATTESTATO:

- di non trovarsi in una situazione di conflitto di interessi, secondo quanto previsto dall’art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016;

SU PROPOSTA CONGIUNTA:

- della Dott.ssa Lia Manaresi, Responsabile del Servizio Organizzazione e Risorse Umane e della Dott.ssa Elena Bortolotti, Responsabile del Servizio Acquisti, le quali hanno espresso il proprio parere di regolarità amministrativa del presente atto;

ACQUISITO:

- il parere favorevole del Direttore Tecnico, Dott. Franco Zinoni, e del Direttore Amministrativo, Dott.ssa Massimiliana Razzaboni;

DATO ATTO:

- che è stato acquisito il parere di regolarità contabile espresso dal Servizio Bilancio e Controllo economico nella persona del Dott. Alessandro Antenucci;

DELIBERA

1. di recepire con il presente atto - in conformità a quanto disposto dall’Allegato A) lett. U) del “Regolamento per l’adozione degli atti di gestione delle risorse dell’Agenzia”, approvato con D.D.G. n. 109/2019 - i contenuti dell’*“Accordo in merito alla concessione*

di benefici di natura assistenziale per il personale di Arpae in relazione all'emergenza Covid-19" (Rep. n. 332/2020);

2. di sottoscrivere il contratto di assicurazione sanitaria di UNISALUTE, "Andrà tutto bene", secondo lo schema allegato sub A) al presente atto, a favore del personale in caso di ricovero a seguito di infezione da Covid-19 diagnosticata successivamente alla decorrenza della copertura, a fronte di un premio pari a 9,00 Euro per ciascun dipendente, per un costo totale stimato di Euro 11.224,00 (comprensivo del contributo per l'adesione alla Cassa di assistenza come di seguito indicato) per n. 1216 dipendenti;
3. di dare atto che alla sottoscrizione della polizza si procederà attraverso la cassa di assistenza Previline, Fondo Sanitario iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari di cui al Decreto del Ministero della Salute del 31 marzo 2008 e del 27 ottobre 2009, a fronte del versamento di un contributo pari a 280,00 Euro e che per il contratto è stato acquisito il seguente CIG ZD72C88B69;
4. di nominare Responsabile Unico del Procedimento per quanto riguarda il contratto assicurativo, ai sensi dell'art. 31 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i. e dell'art. 3 del Regolamento per la disciplina dei contratti pubblici di servizi e forniture di Arpae, la Dott.ssa Elena Bortolotti, Responsabile del Servizio Acquisti;
5. di dare atto che l'importo complessivo stimato di Euro 11.224,00 (comprensivo del contributo per l'adesione alla Cassa di assistenza) ha natura di "Assicurazioni", ed è compreso nel bilancio preventivo pluriennale 2020-2022 e nel budget 2020 a carico del centro di costo ACQ della Direzione Amministrativa;
6. di dare atto che, ai sensi dell'art. 29 del D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i., il presente provvedimento è soggetto agli obblighi di pubblicazione sul profilo del committente, alla sezione "Amministrazione trasparente".

PARERE: FAVOREVOLE

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(F.to Dott.ssa Massimiliana Razzaboni)

IL DIRETTORE TECNICO

(F.to Dott. Franco Zinoni)

IL DIRETTORE GENERALE

(F.to Dott. Giuseppe Bortone)

Andrà Tutto Bene (cod. prod.40352)

Contratto di assicurazione sanitaria

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPENSIVE DI GLOSSARIO

Versione del 19/03/2020

Documento redatto in conformità alle Linee guida del Tavolo tecnico sulla semplificazione dei contratti

INDICE

GLOSSARIO	3
NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE	7
QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE	7
1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE	7
2. DURATA DELL'ASSICURAZIONE	7
3. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA	7
4. DIRITTO DI RECESSO	7
QUANDO E COME DEVO PAGARE	7
5. PREMIO	7
5.1 PREMIO	7
CHE OBBLIGHI HO	8
6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE	8
ALTRE NORME	8
7. MODIFICHE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	8
8. OBBLIGHI E MODALITA' DI CONSEGNA DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE	8
9. ALTRE ASSICURAZIONI	8
10. ONERI FISCALI	8
11. FORO COMPETENTE	8
12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE	8
13. OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE	8
14. LEGISLAZIONE APPLICABILE	9
15. REGIME FISCALE	9
16. RECLAMI	9
17. CONTROVERSIE E ARBITRATO IRRITUALE	10
18. COMMISSIONE PARITETICA	11
19. CLAUSOLA BROKER	11
SEZIONE MALATTIA	12
COSA ASSICURA	12
ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA IN CASO DI RICOVERO.	12
20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE	12
21. INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO IN CASO DI POSITIVITA' COVID-2019 (CORONAVIRUS)	12
22. DIARIA POST RICOVERO A SEGUITO DI TERAPIA INTENSIVA PER COVID-2019 (CORONAVIRUS)	12
23. ASSISTENZA	12
TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI	13
CHE COSA NON É ASSICURATO	14
ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE "PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA IN CASO DI RICOVERO"	14
24. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE	14
COME ASSICURA	14
ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE "PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA IN CASO DI RICOVERO"	14
25. PERSONE ASSICURATE	14
26. LIMITI DI ETÀ	14
DOVE VALE LA COPERTURA	14
27. ESTENSIONE TERRITORIALE	14
NORME CHE REGOLANO I SINISTRI	15
28. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ	15
29. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE	15
30. PAGAMENTO DEL SINISTRO	15
31. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA	16
32. PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO	16
INFORMATIVA PRIVACY	17

GLOSSARIO

Accertamento diagnostico

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

Agenti

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

Anno

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

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Contraente.

Assistenza

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

Assistenza Infermieristica

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

Broker

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

Centrale Operativa/Struttura organizzativa

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.

Dipendenti e collaboratori

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

Documentazione sanitaria

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

FIN-NET

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

Franchigia

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

Imprese di assicurazione

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

Indennità giornaliera

Importo giornaliero erogato dalla Società in caso di ricovero.

Indennizzo

La somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Intermediari

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

Intermediari iscritti nell'elenco annesso

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

Intervento chirurgico

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

Isolamento domiciliare

Obbligo di permanenza al proprio domicilio a seguito delle prescrizioni impartite dai sanitari e con attuazione delle disposizioni in esse contenute a seguito di positività al COVID-19 (Coronavirus).

Istituto di Cura

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

Ivass

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

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

Libera professione intramuraria

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

Lite transfrontaliera

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

Malattia

qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia Malformazione o Difetto fisico, e non sia dipendente da Infortunio.

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.

Mediatore

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

Medicinale

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

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Società.

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

Reclamo

Una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di un'impresa di assicurazione, dell'eventuale intermediario assicurativo o di un intermediario assicurativo o di un intermediario iscritto

nell'elenco annesso, relativa a un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Reclamante

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

Registro

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

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.

NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Versione del 19/03/2020

QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE

1. EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

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

I premi devono essere pagati alla Società.

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

2. DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La polizza ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel frontespizio di polizza e scade alle ore 24:00 del 31/12/2020 senza tacito rinnovo.

3. DECORRENZA E ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura per i dipendenti avrà effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato nel frontespizio di polizza sino al 31/12/2020 sia in forma rimborsuale che in forma diretta nelle strutture convenzionate con la Società.

4. DIRITTO DI RECESSO

Non è previsto il diritto di recesso.

QUANDO E COME DEVO PAGARE

5. PREMIO

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

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

5.1 PREMIO

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

a) Premio per ogni dipendente: € 9 euro

Premio per nucleo (comprensivo del titolare) se la polizza prevede la copertura anche per il nucleo:

- b) Se nucleo da stato di famiglia (titolare + coniuge e figli): € 26 euro
- c) Se nucleo da titolare + coniuge sempre e figli fiscalmente a carico: € 21
- d) Se nucleo fiscalmente a carico (titolare +coniuge e figli): € 15

CHE OBBLIGHI HO

6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONI DELLA PROFESSIONE

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

ALTRE NORME

7. MODIFICHE DELLE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

8. 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.

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. .**

10. 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.

11. FORO COMPETENTE

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

12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

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

13. 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.

14. LEGISLAZIONE APPLICABILE

La legislazione applicata al contratto è quella italiana.

15. 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%

16. RECLAMI

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

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

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

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

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

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

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

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

e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

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

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

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

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

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

17. 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.

18. COMMISSIONE PARITETICA

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

19. CLAUSOLA BROKER

(articolo valido solo in caso di intermediazione da parte di Broker)

Il Contraente (o l'azienda) ha affidato la gestione del presente contratto al Broker e, di conseguenza, tutti i rapporti ad esso inerenti sono svolti in nome per conto del Contraente dal Broker..... trattando con l'Impresa.

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

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

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

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

Qualora il Contraente (o l'Azienda) revochi l'incarico al Broker senza affidarne un altro ad altro Broker oppure qualora il Contraente rilasci ad altro Broker un incarico scritto non esplorativo in data successiva, l'incarico al Broker cessato o sostituito si considererà automaticamente privo di effetto nei confronti dell'Impresa. L'Impresa stessa sarà in ogni caso del tutto estranea a qualsivoglia eventuale controversia tra il Contraente ed il/i Brokers o tra questi ultimi, anche in relazione alla data di effetto della cessazione di incarico o di quella di decorrenza del nuovo incarico.

SEZIONE MALATTIA

COSA ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI A PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA IN CASO DI RICOVERO.

20. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione è operante in caso di Ricovero a seguito di infezione da COVID-19 diagnosticata successivamente alla decorrenza della copertura. Il piano sanitario garantisce:

- Indennità da ricovero in Istituto di cura;
- diaria forfettaria a seguito di ricovero in terapia intensiva con intubazione dell'assicurato;
- assistenza post ricovero (in caso di ricovero indennizzabile secondo i termini di polizza).

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

21. INDENNITA' GIORNALIERA PER RICOVERO IN CASO DI POSITIVITA' COVID-2019 (Coronavirus)

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 (tampone positivo Coronavirus) una **diaria giornaliera di euro 100,00** con un massimo di 10 giorni indennizzabili nel periodo assicurativo per ciascun Assicurato, **con applicazione di una Franchigia di 3 giorni**.

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

22. DIARIA POST RICOVERO A SEGUITO DI TERAPIA INTENSIVA PER COVID-2019 (Coronavirus)

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

23. ASSISTENZA

Per tutta la durata della copertura:

a) 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.

b) Informazioni sanitarie telefoniche

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

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

A seguito di Sinistro indennizzabile ai sensi dell'art. 1 "Oggetto dell'Assicurazione", nei 30 giorni successivi alla dimissione:

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 (oppure dall'estero 051-6389048 preceduto dal prefisso internazionale per l'Italia (+39)):

c) 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.

d) Trasporto in ambulanza dall'ospedale al domicilio dell'Assicurato

Qualora l'assicurato a seguito delle dimissioni dall'Ospedale necessiti di un trasporto in autoambulanza, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare il trasferimento. Le spese di trasporto sono a carico della Società sino ad un massimo di 1.000,00.

e) Assistenza infermieristica specializzata domiciliare

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 esclusivamente nell'arco della prima settimana di convalescenza. Tali ore 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 i requisiti richiesti per la sua attivazione, e comunque entro 3 giorni dalla data della richiesta stessa.

f) Counseling psicologico

La Società offre un servizio di Counselling 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.

TABELLA DI SINTESI LIMITI/SOTTOLIMITI E FRANCHIGIE E SCOPERTI

Prestazioni assicurate	Rif. Articolo	Franchigie e/o Scoperti o Sotto-limiti in centri convenzionati	Franchigie e/o Scoperti o Sotto-limiti in centri non convenzionati	Franchigie e Scoperti in SSN	Massimale
INDENNITA' GIORNALIERA DA RICOVERO	21	Garanzia prevista solo in centri non convenzionati e in SSN	3 giorni	3 giorni	Nessuno
<u>DIARIA POST RICOVERO A SEGUITO DI TERAPIA</u>	22	Garanzia prevista solo in	Nessuno	Nessuno	€ 3.000,00 per periodo assicurato

<u>INTENSIVA CON INTUBAZIONE DELL'ASSICURATO PER COVID-19</u>		centri non convenzionati e in SSN			e per ciascun Assicurato
--	--	--	--	--	-------------------------------------

CHE COSA NON É ASSICURATO

ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE “PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA IN CASO DI RICOVERO”

24. ESCLUSIONI DALL'ASSICURAZIONE

L'Assicurazione non è operante per i Ricoveri avvenuti anteriormente 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.

La garanzia in nessun caso sarà operante nel caso di Isolamento domiciliare.

COME ASSICURA

ARTICOLI RIFERITI ALLA SEZIONE “PRESTAZIONI ASSICURATE CONSEGUENTI A MALATTIA IN CASO DI RICOVERO”

25. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata a favore dei dipendenti/collaboratori (ed eventualmente dei nuclei famigliari, intesi come definiti al punto 5.1 Premio, se l'azienda aderisse in forma collettiva ad una delle opzioni previste al punto 5.1 Premio) in forza presso le aziende indicate nel frontespizio di polizza che abbiano accettato entro la data di effetto indicata in polizza l'attivazione della presente copertura.

Qualora un dipendente/collaboratore (e il relativo nucleo, se previsto come al punto 5.1 Premio) decida di non aderire alla copertura nei termini di cui al precedente capoverso, non gli sarà più possibile l'attivazione della stessa in un momento successivo.

26. 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.

DOVE VALE LA COPERTURA

27. ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

NORME CHE REGOLANO I SINISTRI

28. SINISTRI IN STRUTTURE NON CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ

Per la gestione, trattazione e liquidazione del Sinistri 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 il rimborso delle spese sostenute, l'Assicurato deve inviare direttamente a 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, copia della cartella clinica, completa della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), conforme all'originale (documentazione comprovante la positività al CONVID-19 "tampone positivo");

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.

29. SINISTRI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico. In alternativa può usare il modulo cartaceo.

Nel caso di richiesta di corresponsione dell'indennità giornaliera, se prevista, l'Assicurato dovrà fornire copia della cartella clinica conforme all'originale, non soggetta a restituzione dopo la liquidazione del sinistro.

30. PAGAMENTO DEL SINISTRO

La Società provvede al pagamento del sinistro entro 30 giorni da quello in cui è stato determinato l'importo previo accordo tra la Società e l'Assicurato, o da quello in cui è stato redatto il verbale delle operazioni arbitrali ai sensi dell'articolo 17. "Controversie e Arbitrato Irrituale", a condizione che non si evidenzino casi previsti dalle esclusioni del contratto e previa presentazione alla Società di tutti i documenti dalla stessa richiesti, indicati agli articoli 28. "Sinistri in strutture non convenzionate con la Società" e al punto 29. "Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale".

31. GESTIONE DOCUMENTAZIONE DI SPESA

A) Prestazioni in strutture sanitarie convenzionate con la Società

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

B) Prestazioni in strutture sanitarie non convenzionate con la Società

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

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

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

32. 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.

INFORMATIVA PRIVACY

Versione del 19/03/2020

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

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

QUALI DATI RACCOGLIAMO

Si tratta di dati personali (come, ad esempio, nome, cognome, data di nascita, indirizzo di residenza, recapito telefonico e di posta elettronica), che tu stesso o altri soggetti ci fornite, indispensabili per fornirti i citati servizi e/o prodotti assicurativi. Il conferimento di questi dati è necessario per il perfezionamento del contratto assicurativo e per la sua gestione ed esecuzione, e in alcuni casi è obbligatorio per legge, regolamento, normativa comunitaria o in base alle disposizioni impartite da soggetti pubblici quali l'Autorità Giudiziaria o le Autorità di vigilanza. In assenza di tali dati non saremmo in grado di fornirti correttamente le prestazioni richieste; il rilascio facoltativo di alcuni dati ulteriori relativi a tuoi recapiti (recapiti telefonici e indirizzo di posta elettronica) può inoltre risultare utile per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio.

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

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati (idonei a rivelare le tue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e prestazioni mediche, ecc., inviati in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del sito UniSalute, o utilizzando la fotocamera dello smartphone per l'App) per dare corso alle prestazioni previste dalla tua polizza e per fornirti i servizi richiesti, nonché per finalità antifrode (verifica autenticità dei dati, prevenzione rischio frodi, contrasto frodi subite) e per adempimenti normativi¹. Il conferimento di questi dati è necessario per poterti fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso tuo o del tuo eventuale familiare/convivente interessato. I tuoi dati potranno essere comunicati solo ai soggetti, pubblici o privati, esterni alla nostra Società, coinvolti nella prestazione dei servizi assicurativi che ti riguardano o in operazioni necessarie per l'adempimento degli obblighi connessi all'attività assicurativa³. I tuoi dati personali saranno custoditi nel pieno rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa relativa alla protezione dei dati personali e saranno conservati per la durata del contratto assicurativo e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

PERCHÉ TI CHIEDIAMO I DATI

I tuoi dati saranno utilizzati dalla nostra Società per finalità strettamente connesse all'attività assicurativa quali, tra l'altro, (i) la fornitura delle prestazioni contrattuali e servizi assicurativi da te richiesti e l'esecuzione dei relativi adempimenti normativi, amministrativi e contabili, (ii) lo svolgimento di attività di prevenzione e contrasto di frodi, (iii) l'eventuale esercizio e difesa di diritti in sede giudiziaria, nonché (iv) lo svolgimento di attività di analisi dei dati (esclusi quelli particolari), secondo parametri di prodotto, caratteristiche di polizza e informazioni sulla sinistrosità, correlate a valutazioni statistiche e tariffarie; ove necessario, per dette finalità nonché per le relative attività amministrative e contabili, i tuoi dati potranno inoltre essere acquisiti ed utilizzati dalle altre società del nostro Gruppo⁸. Il trattamento per le finalità di cui ai punti (ii), (iii) e (iv) è necessario per il perseguimento dei legittimi interessi della nostra Società e delle altre Società del nostro Gruppo allo svolgimento delle sopra indicate attività.

COME TRATTIAMO I TUOI DATI

I tuoi dati e quelli dei tuoi familiari eventualmente assicurati non saranno soggetti a diffusione, saranno trattati con idonee modalità e procedure, anche informatiche e telematiche, e potranno essere conosciuti solo dal personale incaricato delle strutture della nostra Società preposte alla fornitura dei prodotti e servizi assicurativi che ti riguardano e da soggetti esterni di nostra fiducia a cui affidiamo alcuni compiti di natura tecnica od organizzativa, che operano quali responsabili del trattamento per nostro conto. Ove necessario, e limitatamente alle finalità assicurative, i dati personali potranno essere trattati, per attività amministrative e contabili, anche da altre Società facenti parte, come la Titolare UniSalute, del Gruppo Unipol. Per specifiche esigenze di prevenzione ed accertamento delle frodi, i dati potranno essere comunicati anche a società assicurative, non appartenenti al Gruppo, ove indispensabili per il perseguimento da parte della nostra Società e/o di queste ultime società di legittimi interessi correlati a tali esigenze o comunque per lo svolgimento di investigazioni difensive e la tutela giudiziaria di diritti in ambito penale. Potremo trattare eventuali dati personali rientranti in categorie particolari di dati (ad esempio, relativi allo stato di salute) soltanto dopo aver ottenuto l'esplicito consenso della persona interessata (tu o tuo eventuale familiare/convivente). Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore dei tuoi familiari/conviventi, alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore saranno messi a tua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti. Ciascun beneficiario della tua polizza potrà tuttavia registrarsi individualmente all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricare la nostra App UniSalute per dispositivi mobili e gestire così in autonomia la propria posizione anche in riferimento ai propri dati personali.

QUALI SONO I TUOI DIRITTI

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

Titolare del trattamento dei dati personali è UniSalute S.p.A. (www.unisalute.it) con sede in Via Larga, n. 8 - 40138 Bologna (BO). Il "Responsabile per la protezione dei dati" è a tua disposizione per ogni eventuale dubbio o chiarimento: a tale scopo potrai contattarlo presso l'indicata sede di UniSalute S.p.A., al recapito privacy@unisalute.it, al quale potrai rivolgerti, oltre che per l'esercizio dei tuoi diritti, anche per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie dei destinatari dei dati di cui alla nota (6). Resta fermo il tuo diritto di presentare reclamo all'Autorità italiana, il Garante Privacy, ove ritenuto necessario per la tutela dei tuoi dati personali e dei tuoi diritti in materia.

¹ Ad esempio, contraenti di polizze assicurative in cui risulti assicurato o beneficiario, eventuali coobbligati; altri operatori assicurativi (quali intermediari assicurativi, imprese di assicurazione, ecc.) da cui possono essere acquisiti dati relativi a polizze o sinistri anche a fini di prevenzione delle frodi; soggetti ai quali, per soddisfare le tue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura, di liquidazione di un sinistro, ecc.) richiediamo informazioni commerciali; organismi associativi (es. ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo, altri soggetti pubblici.

² Ad esempio, per predisporre o stipulare contratti assicurativi, per la raccolta dei premi, la liquidazione dei sinistri o il pagamento o l'esecuzione di altre prestazioni; per riassicurazione e coassicurazione; per l'adempimento di altri specifici obblighi contrattuali; per la prevenzione e l'accertamento, di concerto con le altre compagnie del Gruppo Unipol, delle frodi assicurative e relative azioni legali; per la costituzione, l'esercizio e la difesa di diritti dell'assicuratore; per l'analisi di nuovi mercati assicurativi; per la gestione ed il controllo interno; per attività statistico-tarifarie.

³ Per l'adempimento di specifici obblighi di legge, ad esempio per (i) disposizioni di IVASS, CONSOB, COVIP, Banca d'Italia, AGCM, Garante Privacy, (ii) adempimenti in materia di accertamenti fiscali, (iii) adempimenti in materia di identificazione, registrazione ed adeguata verifica della clientela e per segnalazione di operazioni sospette ai sensi della normativa in materia di antiriciclaggio e di contrasto al finanziamento del terrorismo (D. Lgs. 231/07), (iv) alimentare un Archivio Centrale Informatizzato, gestito dalla Consap per conto del Ministero dell'Economia e delle Finanze (quale Titolare) per finalità di prevenzione delle frodi mediante furto di identità, (v) alimentare altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria. L'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o presso il Responsabile per il riscontro.

⁴ Ai sensi dell'art. 9 del Regolamento, per categorie particolari di dati si intendono i dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.

⁵ Ti facciamo inoltre presente che il trattamento dei dati personali, non rientranti in categorie particolari, può essere comunque legittimamente effettuato da UniSalute, senza il tuo consenso, per l'esecuzione di prestazioni contrattuali da te richieste o previste in tuo favore, per l'adempimento di obblighi posti dalla legge a carico di UniSalute, per lo svolgimento delle attività amministrative-contabili correlate alla gestione del rapporto assicurativo e per il perseguimento di altri legittimi interessi di UniSalute e delle Società del Gruppo Unipol (es.: prevenzione e contrasto di frodi, difesa di diritti in sede giudiziaria). Resta fermo l'eventuale trattamento di tali dati, ove indispensabile per lo svolgimento di investigazioni difensive e per la tutela giudiziaria dei diritti in ambito penale rispetto a comportamenti illeciti o fraudolenti.

⁶ In particolare, i tuoi dati potranno essere comunicati e/o trattati da UniSalute S.p.A., da società del Gruppo Unipol (l'elenco completo delle società del Gruppo Unipol è visibile sul sito di Unipol Gruppo S.p.A. www.unipol.it) e da soggetti che fanno parte della c.d. "catena assicurativa", in Italia ed eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della UE, come: altri assicuratori; coassicuratori e riassicuratori; intermediari di assicurazione e di riassicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; banche; medici fiduciari; periti; legali; investigatori privati; autofinanziarie; società di servizi per il quietanzamento; cliniche o strutture sanitarie convenzionate; nonché ad enti ed organismi, anche propri del settore assicurativo aventi natura pubblica o associativa per l'adempimento di obblighi normativi e di vigilanza (come ad es. CONSAP); altre banche dati a cui la comunicazione dei dati è obbligatoria, come ad es. il Casellario Centrale Infurtuni (l'elenco completo è disponibile presso la nostra sede o il Responsabile per la protezione dei dati). L'eventuale trasferimento dei Suoi dati personali a soggetti stabiliti fuori dall'Unione Europea sarà comunque effettuato nel rispetto dei limiti e prescrizioni di cui alla normativa europea, al Regolamento (UE) n. 679/2016 e ai provvedimenti del Garante Privacy.

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

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

UniSalute S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: via Larga, 8 - 40138 Bologna (Italia) - unisalute@pec.unipol.it - tel. +39 051 6386111 - fax +39 051 320961
Capitale sociale i.v. Euro 78.028.566,00 - Registro delle Imprese di Bologna, C.F. 03843680376 - P. IVA 03740811207 - R.E.A. 319365
Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A., iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione e riassicurazione Sez. I al n. 1.00084 e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo al n. 046
www.unisalute.it



N. proposta: PDEL-2020-43 del 02/04/2020

Centro di Responsabilità: Servizio Acquisti

OGGETTO: Direzione Amministrativa. Servizio Organizzazione e Risorse Umane. Servizio Acquisti. Sottoscrizione di polizza assicurativa sanitaria per i dipendenti dell'Agenzia, in caso di contagio da Covid-19.

PARERE CONTABILE

Il sottoscritto Dott. Alessandro Antenucci del Servizio Bilancio e Controllo Economico, esprime parere di regolarità contabile ai sensi del Regolamento Arpae per l'adozione degli atti di gestione delle risorse dell'Agenzia.

Data 06/04/2020
