

Assicurazione Sanitaria a Rinnovo Garantito



Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: UNIPOLSAI SALUTE SANICARD RINNOVO GARANTITO Formula Franchigia

Data: 01/01/2019 - Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultima versione disponibile pubblicata

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

UnipolSai Assicurazioni S.p.A., di seguito UnipolSai, società soggetta all'attività di direzione e di coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. e facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol, avente Sede Legale in Via Stalingrado n. 45 – 40128 Bologna (Italia), tel. 051. 5077111, sito internet www.unipolsai.it, indirizzo email: info-danni@unipolsai.it, indirizzo PEC: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it, iscritta all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046 e alla sezione I dell'Albo delle Imprese di Assicurazione presso l'IVASS al n. 1.00006, è autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. del 26/11/1984 pubblicato sul supplemento ordinario n. 79 alla G.U. n. 357 del 31/12/1984 e con D.M. dell'8/11/1993 pubblicato sulla G.U. n. 276 del 24/11/1993.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 5.752,83 milioni con capitale sociale pari ad € 2.031,46 milioni e totale delle riserve patrimoniali, pari ad € 3.223,47 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unipolsai.com, 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 2017, è pari ad € 2.925,92 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 1.316,66 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 7.693,45 milioni e ad € 7.060,99 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2017, pari a 2,63 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati sulla base del Modello Interno Parziale, al cui utilizzo la compagnia è stata autorizzata dall'IVASS in data 7 febbraio 2017, a decorrere dal 31 dicembre 2016.

Al contratto si applica la Legge Italiana, se il Rischio è ubicato in Italia. E' facoltà delle parti convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi comunque i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative nazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni, si precisa che tutte le coperture sono offerte nei limiti dei Massimali e/o delle Somme assicurate concordate con il Contraente.

Quali opzioni / personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

ASSISTENZA

Assistenza Più

- Consulenze specialistiche telefoniche
- Spedizione medicinali sul luogo dell'assistenza
- Pernottamenti imprevisti
- Trasferimenti imprevisti
- Accompagnatore in caso di trasferimento
- Recapito messaggi urgenti



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Ci sono limiti di copertura?

Alle coperture assicurative offerte dal contratto sono applicati Scoperti contrattualmente indicati e che possono comportare la riduzione o il mancato pagamento dell'Indennizzo.

- La garanzia speciale **Accertamenti diagnostici senza Ricovero** prevede un rimborso delle spese sostenute presso Centri Sanitari non convenzionati con l'applicazione di uno Scoperto del 20% ed un minimo non indennizzabile di Euro 60,00 per ogni Accertamento diagnostico.

Sono previste esclusioni di garanzia valide per entrambe le coperture Sanitaria e Assistenza:

- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi del presente contratto;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

COPERTURA SANITARIA

L'Assicurazione non è comunque operante per:

- l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione della Polizza, Intendendosi per tali un'anomalia di parte anatomica obiettivamente visibile o clinicamente diagnosticata prima della stipulazione;
- gli stati patologici correlati all'infezione da HIV;
- le malattie mentali, le sindromi organiche cerebrali, i disturbi psichici in genere, le nevrosi e le relative conseguenze;
- la diagnostica, la terapia e ogni prestazione inerente a sterilità, impotenza sessuale, fecondazione assistita e artificiale;
- la liposuzione e le prestazioni aventi finalità estetica (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da Malattia e/o Infortunio, e di stomatologia ricostruttiva, compreso l'apparato dentario, solo se reso necessario da Infortunio documentato);
- le visite e terapie con finalità estetica nonché le diete aventi finalità estetica, le terapie omeopatiche e fitoterapiche, l'agopuntura, la medicina non convenzionale;
- i check-up di medicina preventiva;
- le prestazioni non effettuate da Medici o paramedici abilitati all'esercizio dell'attività a norma delle disposizioni di legge vigenti;
- le cure dentarie ed ortodontiche e delle parodontopatie e le forniture di protesi dentarie quando non siano rese necessarie da Infortunio documentato;
- le degenze dovute alla necessità dell'Assicurato, divenuto permanentemente non autosufficiente, di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti della vita quotidiana, nonché i ricoveri per lungodegenza quando siano resi necessari da misure di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

Nei confronti degli Assicurati che abbiano compiuto il 65-esimo anno di età la garanzia per le malattie croniche è prestata, per persona e ciascun Anno assicurativo, fino ad un massimo di sessanta giorni di Ricovero, anche non consecutivi, compreso il Day hospital quando previsto dalla garanzia prescelta.

COPERTURA ASSISTENZA

L'Assicurazione non è comunque operante per:

- gli Infortuni, le Malattie, le malformazioni e gli stati patologici, nonché le conseguenze dirette o indirette da esse derivanti, sottaciuti alla stipulazione del contratto con dolo o colpa grave;
- gli Infortuni e le Malattie conseguenti ad alcolismo, all'uso non terapeutico di psicofarmaci, di stupefacenti o di allucinogeni;
- gli Infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti; ricoveri per accertamenti diagnostici non resi necessari da Malattia o Infortunio (check-up).



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia di sinistro: Il Contraente/Assicurato deve dare avviso del Sinistro contattando la Centrale Operativa o, per le richieste di rimborso di spese sanitarie o di pagamento della diaria sostitutiva, compilando e inviando a UniSalute, l'apposito modulo di richiesta. L'Assicurato ha l'obbligo di sottoporsi agli accertamenti e ai controlli medici necessari, nonché di fornire ogni informazione e Documentazione Sanitaria.

Per data del Sinistro s'intende il primo giorno di Ricovero o del Day hospital o il giorno dell'Intervento chirurgico senza Ricovero.

Relativamente alle garanzie **Accertamenti diagnostici senza Ricovero** e **Prevenzione** per data del Sinistro si intende il giorno in cui l'Assicurato si sottopone al primo accertamento.

	<p>Per la garanzia Assistenza il Sinistro si intende avvenuto al manifestarsi di una situazione di difficoltà a seguito di Infortunio/Malattia tra quelli previsti in Polizza.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: il contratto prevede l'utilizzo da parte dell'Assicurato di Centri sanitari e/o Equipe mediche convenzionati, con Pagamento diretto delle spese da parte della Società; in caso contrario la Società rimborserà le spese sostenute all'Assicurato, entro i limiti contrattualmente previsti.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: relativamente ai Sinistri della copertura Assistenza la gestione viene affidata dalla Società a UniSaluteS.p.A..</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal contratto di Assicurazione, diversi da quello relativo al pagamento delle rate di Premio, si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Non è contrattualmente previsto un termine per la liquidazione dei Sinistri e UnipolSai si impegna a farlo nel più breve tempo possibile



Quando e come devo pagare?

Premio	Il Premio è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato sulla base delle percentuali di incremento contrattualmente previste.
Rimborso	Non sono contrattualmente previste ipotesi di rimborso del Premio.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Il prodotto prevede il rinnovo garantito alla scadenza: UnipolSai su richiesta del Contraente si obbliga a rinnovare l'Assicurazione nella formula originariamente prescelta salvo non ricorra alcuna delle ipotesi di esenzione da tale obbligo previste contrattualmente.</p> <p>Il contratto prevede un periodo di carenza, ossia un periodo iniziale del rapporto contrattuale nel corso del quale l'eventuale Sinistro non rientra in garanzia e pertanto non sarà pagato alcun Indennizzo. La carenza varia a seconda dell'evento denunciato dall'Assicurato.</p> <p>La garanzia decorre per:</p> <p>a) gli Infortuni, dal giorno in cui ha effetto l'Assicurazione;</p> <p>b) le Malattie, dal 30-esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'Assicurazione;</p> <p>c) l'aborto spontaneo e terapeutico e per le malattie dipendenti dalla gravidanza e per le prestazioni sanitarie sul nascituro, dal 30-esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'Assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio dopo questa data;</p> <p>d) il parto, dal 300-esimo giorno successivo a quello in cui ha effetto l'Assicurazione.</p>
Sospensione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di sospendere l'efficacia delle garanzie previste del contratto.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non è prevista per il Contraente la possibilità di recedere dal contratto in caso di ripensamento a seguito della stipulazione dello stesso.
Risoluzione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere il contratto.



A chi è rivolto il presente contratto?

Il presente contratto è rivolto a:

- persone fisiche che subiscano ricovero o day hospital in istituto di cura e/o che si sottopongano a interventi chirurgici, visite specialistiche e accertamenti, trattamenti fisioterapici in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico;
- persone giuridiche che intendano tutelare soggetti identificati nell'ipotesi di ricovero o day hospital in istituto di cura, di interventi chirurgici visite specialistiche e accertamenti, trattamenti fisioterapici in caso di malattia, infortunio, parto o aborto terapeutico.

In entrambi i casi è presente l'esigenza principale di protezione contro i rischi malattia/infortuni e l'ottenimento di prestazioni di assistenza.



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita in media dagli intermediari è pari al 23,74% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa Assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il prodotto, la gestione del rapporto contrattuale, o il comportamento della Società o dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) devono essere inoltrati per iscritto a:</p> <p>UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI) Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipolsai.it Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it.</p> <p>I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.</p> <p>E' possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori.</p> <p>I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione B o D del Registro Unico Intermediari (Broker o Banche) 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.</p> <p>Le informazioni utili per la presentazione dei reclami sono riportate sul sito internet della Società www.unipolsai.it e nelle comunicazioni periodiche inviate in corso di contratto, ove previste.</p>
All'IVASS	<p>Nel caso in cui il reclamo presentato alla Società abbia esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni ovvero di 60 giorni se il reclamo riguarda il comportamento dell'Agente (inclusi i relativi dipendenti e collaboratori) è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it.</p> <p>I reclami indirizzati all'IVASS contengono:</p> <ul style="list-style-type: none">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. <p>Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando, tramite un avvocato di fiducia, un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98). Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>
Negoziazione Assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società, con le modalità indicate nel Decreto Legge 12 settembre 2014 n.132 (convertito in Legge 10 novembre 2014 n.162).</p>
Altri Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del Sinistro le parti possono demandare la decisione a un collegio arbitrale. Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche qualora questi non sia Contraente.</p> <p>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.</p>

AVVERTENZE:

PRIMA SI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET DISPOSITIVA RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.