

Krankenversicherung mit garantierter Verlängerung



Zusatz-Produktinformationsblatt für Schadensversicherungsprodukte
(Zusatz-PIB Schaden)

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.

Produkt: UNIPOLSAI SALUTE SANICARD MIT GARANTIERTER VERLÄNGERUNG Abkommenformel

Datum: 01.01.2019 - Dieses Zusatz-BIP Schaden ist die neueste als Veröffentlichung verfügbare Ausgabe

Dieses Dokument enthält im Vergleich zum Produktinformationsblatt für Schadensversicherungsprodukte (PIB Schaden) zusätzliche und ergänzende Informationen, um dem potentiellen Versicherungsnehmer einen detaillierteren Einblick in die Produktmerkmale, die Vertragspflichten und die Vermögenssituation des Unternehmens zu ermöglichen.

Der Versicherungsnehmer ist dazu verpflichtet, die Versicherungsbedingungen vor der Unterzeichnung des Vertrags zu lesen.

Die Gesellschaft UnipolSai Assicurazioni S.p.A., kurz UnipolSai S.p.A., ist eine Tochtergesellschaft der Unipol Gruppo S.p.A. und gehört zur Versicherungsgruppe Unipol mit Firmensitz in Via Stalingrado 45 – 40128 Bologna (Italien), Tel. +39 051. 5077111, Internetseite www.unipolsai.it, E-Mail-Adresse: info-danni@unipolsai.it, PEC-Adresse: unipolsaiassicurazioni@pec.unipol.it, eingetragen ins Verzeichnis der Muttergesellschaften beim IVASS unter der Nummer 046 und in Abschnitt I des Verzeichnisses der Versicherungsgesellschaften beim IVASS unter der Nummer 1.00006, mit Befugnis zur Ausübung der Versicherungstätigkeit mit Ministerialdekret vom 26.11.1984, veröffentlicht im ordentlichen Zusatz Nummer 79 des Amtsblatts Nr. 357 vom 31.12.1984 und mit Ministerialdekret vom 8.11.1993dell'8/11/1993, veröffentlicht im Amtsblatt Nr. 276 vom 24.11.1993.

Bezüglich der letzten geprüften Bilanz (Geschäftsjahr 2017) beträgt das Eigenkapital der Gesellschaft 5.752,83 Millionen €, bei einem Grundkapital von 2.031,46 Millionen € und Rücklagen und Rückstellungen von insgesamt 3.223,47 Millionen €. Bezüglich des Berichts über Solvabilität und Finanzlage des Unternehmens (SFCR), der auf der Webseite www.unipolsai.com eingesehen werden kann, im Sinne der Norm über die angemessene Kapitalausstattung von Versicherungsunternehmen (sogenannte Solvency II) die am 1. Januar 2016 in Kraft getreten ist, liegt die Solvabilitätsanforderung (SCR) für das Geschäftsjahr 2017 bei 2.925,92 Millionen €, das Mindestkapital (MCR) bei 1.316,66 Millionen €, zu deren Deckung die Gesellschaft über Eigenfonds von jeweils 7.693, 7.693,45 Millionen € und 7.060,99 Millionen € verfügt mit einem entsprechenden Solvabilitätsindex, der zum 31. Dezember 2017 2,63 Mal die Solvabilitäts- und Kapitalanforderungen beträgt. Die Solvabilitätskapitalanforderungen werden mit Hilfe des internen Teilmodells berechnet, für dessen Verwendung die Gesellschaft durch IVASS vom 7. Februar 2017 ab 31. Dezember 2016 die Genehmigung erhalten hat.

Das italienische Gesetz findet Anwendung, wenn das Risiko in Italien besteht. Die Parteien haben das Recht, den Vertrag einer anderen Rechtsprechung als der italienischen zuzuweisen, davon ausgenommen sind jedoch die Einschränkungen durch die nationalen Rechtsvorschriften und der Vorrang spezifischer Vorschriften gegenüber Versicherungen, die von der italienischen Rechtsordnung vorgeschrieben sind.



Was ist versichert?

Im Vergleich zu den Angaben im PIB Schaden gibt es keine weiteren Informationen. Es wird darauf hingewiesen, dass alle Deckungen im Rahmen der Höchstbeträge und/oder der mit dem Versicherungsnehmer vereinbarten Versicherungssummen geleistet werden.

Welche Optionen / Personalisierungen kann man aktivieren?

OPTIONEN MIT ZAHLUNG EINER ZUSATZPRÄMIE

ASSISTENZ

Assistenz „Più“

- Telefonische Fachberatung
- Versand von Arzneimitteln zum Ort der Hilfeleistung
- Unvorhergesehene Übernachtungen
- Unvorhergesehene Fahrten
- Begleiter auf Fahrten
- Anschlüsse für dringende Meldungen



Was ist NICHT versichert?

Ausgenommene Risiken

Im Vergleich zu den Angaben im PIB Schaden gibt es keine weiteren Informationen.



Gibt es Deckungsgrenzen?

Auf die vertraglich angebotenen Versicherungsdeckungen werden im Vertrag genannte Unterdeckungen angewendet, die zur Verringerung oder Nichtbezahlung der Entschädigung/Erstattung führen können.

- Die Sondergarantie **diagnostische Untersuchungen ohne stationäre Aufnahme** sieht eine Erstattung der Kosten in medizinischen Einrichtungen ohne Vertragsbindung mit Anwendung einer Unterdeckung von 20% mit einem nicht erstattbaren Minimum von 60,00 € pro diagnostischer Untersuchung vor.

Des Weiteren sind Garantiausschlüsse für die Abschnitte Gesundheit und Assistenz vorgesehen:

- die direkten oder indirekten Folgen von energetischen Umformungen oder Beruhigungen des Atoms auf natürliche oder künstliche Art, Beschleunigungen von Atomteilchen (Kernspaltung und Kernfusion, radioaktive Isotope, Teilchenbeschleuniger, Röntgenstrahlen usw.), sofern es sich nicht um die Folgen medizinischer Behandlungen handelt, die nach den Bestimmungen in diesem Vertrag erstattungsfähig sind;
- Die Folgen von Krieg, Aufruhr, Erdstößen, Vulkanausbrüchen.

KRANKENVERSICHERUNG

Die Versicherung gilt nicht für:

- Für das Beheben oder die Korrektur körperlicher Defekte oder Fehlbildungen, die bereits vor dem Abschluss der Police bestanden, wobei man darunter eine vor dem Abschluss objektiv sichtbare oder klinisch diagnostizierte anatomische Anomalie versteht;
- Krankheitszustände in Verbindung mit einer HIV-Infektion;
- Geisteskrankheiten, organische Gehirnerkrankungen, psychische Störungen im Allgemeinen, Neurosen und deren Folgen;
- Diagnose, Therapie und jede Leitung in Bezug auf Sterilität, sexuelle Impotenz, künstliche Befruchtung;
- Fettabsaugung und Leistungen für ästhetische Eingriffe (ausgenommen rekonstruktive plastische Chirurgie, die infolge von Krankheiten/Unfällen erforderlich ist, rekonstruktive Stomatologie einschließlich des Zahnapparats, nur sofern durch einen dokumentierten Unfall erforderlich);
- Untersuchungen, Therapien und Diäten zu ästhetischen Zwecken, homöopathische und phytotherapeutische Therapien, Akupunktur, nicht konventionelle Medizin;
- Vorbeugende medizinische Check-ups;
- Leistungen, die nicht von Ärzten oder Heilpraktikern mit Tätigkeitsbefugnis nach den geltenden Gesetzesvorschriften vorgenommen wurden;
- Zahnärztliche und kieferorthopädische Behandlungen, Parodontitisbehandlung und Zahnprothesen, wenn keine Notwendigkeiten aus dem dokumentierten Unfall hervorgehen;
- Krankenhausaufenthalte, in denen der Versicherte wegen einer eingetretenen dauerhaften Pflegebedürftigkeit für die Durchführung von Tätigkeiten des täglichen Lebens Pflegepersonal bedarf, sowie Aufnahmen in Langzeitpflege, wenn diese aus Pflege- oder physiotherapeutischen Gründen notwendig ist.

Gegenüber den Versicherten, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, wird die Garantie für chronische Krankheiten pro Person und pro Versicherungsjahr bis zu maximal sechzig Tagen (nicht notwendigerweise durchgehender) stationärer Behandlung geleistet, einschließlich des Day Hospital (Tagesklinik), sofern von der gewählten Garantie vorgesehen.

VERSICHERUNGSSCHUTZ BETREUUNG

Die Versicherung gilt nicht für:

- Unfälle, Krankheiten, Fehlbildungen und Krankheitszustände sowie deren direkte und indirekte Konsequenzen, die bei Vertragsabschluss vorsätzlich oder grob fahrlässig verschwiegen wurden.
- Unfälle und Krankheiten als Folge von Alkoholismus, nicht therapeutischem Gebrauch von Psychopharmaka, Rauschmitteln und Halluzinogenen;
- Unfälle in Zusammenhang mit der Ausübung von Luftsportarten und mit der Teilnahme an Motorsportrennen sowie an den entsprechenden Probe- und Trainingsläufen.
- Einweisungen für weiterführende diagnostische Zwecke, die nicht aufgrund der Krankheit oder des Unfalls erforderlich sind (Check-up).





Welche Pflichten habe ich? Welche Pflichten hat das Unternehmen?


Was tun im Schadensfall?

Schadensmeldung: Der Versicherungsnehmer/Versicherte muss den Schadensfall bei der Einsatzstelle melden oder, zur Beantragung der Rückerstattung von Krankenkosten oder der Zahlung des Krankenhaustagegelds, das entsprechende Antragsformular ausfüllen und an UniSalute senden. Der Versicherte ist verpflichtet, sich den erforderliche medizinischen

	<p>Untersuchungen und Kontrollen zu unterziehen sowie sämtliche Gesundheitsunterlagen einzureichen.</p> <p>Unter Schadensdatum versteht man den ersten Tag des Krankenhausaufenthaltes, des Day Hospital oder des chirurgischen Eingriffs ohne Krankenhausaufenthalt.</p> <p>In Bezug auf die Garantien Diagnostische Untersuchungen ohne stationären Aufenthalt und Prävention versteht man unter Schadensdatum den Tag, an dem sich der Versicherte der ersten Untersuchung unterzieht.</p> <p>Für die Garantie Assistenz versteht man unter Schaden das Auftreten einer schwierigen Situation als Folge eines Unfalls/einer Krankheit, sofern in der Police vorgesehen.</p>
	<p>Direkte Assistenz/mit Abkommen: Der Vertrag sieht vor, dass sich der Versicherte an medizinischen Partneereinrichtungen und vertragsgebundenes medizinisches Personal wendet, mit direkter Bezahlung der Kosten durch die Gesellschaft; andernfalls werden die Kosten innerhalb der vertraglich vorgesehenen Grenzen dem Versicherten erstattet.</p>
	<p>Abwicklung durch sonstige Unternehmen: Schäden der Deckung Assistenz werden von der Gesellschaft UniSalute abgewickelt.</p>
	<p>Verjährung: Die sich aus dem Versicherungsvertrag ergebenden Rechte verjähren, im Gegensatz zu denen im Zusammenhang mit der Zahlung der Prämienraten, zwei Jahre nach dem Tag, an dem sich der Fall ereignete, auf den sich das Recht bezieht.</p>
Nicht exakte oder verschwiegene Erklärungen	Im Vergleich zu den Angaben im PIB Schaden gibt es keine weiteren Informationen.
Pflichten der Versicherungsgesellschaft	Es gibt keine vertraglich geregelte Frist, zu der die Auszahlung des Schadens zu erfolgen hat, UnipolSai verpflichtet sich zur schnellstmöglichen Erledigung.

 Wann und wie muss ich zahlen?	
Prämie	Die Prämie passt sich jährlich mit dem steigenden Alter des Versicherten an. Und zwar nach den vertraglich vorgesehenen Prozentsätzen.
Erstattung	Erstattungen der Prämie sind vertraglich nicht vorgesehen.

 Wann beginnt und wann endet der Versicherungsschutz?	
Laufzeit	<p>Das Produkt sieht beim Ablauf der Versicherung eine garantierte Erneuerung vor: Auf Wunsch des Versicherungsnehmers verpflichtet sich UnipolSai, die Versicherung mit der ursprünglich gewählten Formel zu erneuern, sofern keine vertraglich vorgesehenen Gründe zur Enthebung dieser Verpflichtung vorliegen.</p> <p>Der Vertrag sieht eine Karenzzeit vor, also einen anfänglichen Zeitraum des Vertragsverhältnisses, in dessen Verlauf der eventuelle Schadensfall nicht von der Garantie gedeckt ist und daher keine Erstattung erfolgt. Die Karenzzeit variiert je nach dem vom Versicherten gemeldeten Ereignis.</p> <p>Die Garantie ist gültig für:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Unfälle, ab dem Tag des Inkrafttretens der Versicherung; b) Krankheiten, ab dem 30. Tag nach dem Tag des Inkrafttretens der Versicherung; c) spontaner und medizinisch indizierter Schwangerschaftabbruch, Krankheiten in Zusammenhang mit der Schwangerschaft und medizinische Leistungen am Ungeborenen ab dem 30. Tag nach dem Tag des Inkrafttretens der Versicherung, sofern die Schwangerschaft nach diesem Datum zustande gekommen ist; d) Entbindungen, ab dem 300. Tag nach dem Tag des Inkrafttretens der Versicherung;
Aufhebung	Es ist vertraglich nicht vorgesehen, dass der Versicherungsnehmer die Wirksamkeit der vom Vertrag vorgesehenen Garantien auflöst.

 Wie kann ich die Police kündigen?	
Umdenken nach dem Abschluss	Nach Abschluss des Vertrags ist der Versicherungsnehmer nicht berechtigt, vom Vertrag wegen Umdenkens zurückzutreten.
Auflösung	Es ist vertraglich nicht vorgesehen, dass der Versicherungsnehmer den Vertrag auflöst.



An wen richtet sich dieser Vertrag?

Dieser Vertrag richtet sich an:

- natürliche Personen, die stationär oder ambulant in einer Pflegeeinrichtung aufgenommen werden und/oder sich chirurgischen Eingriffen, fachärztlichen und diagnostischen Untersuchungen, physiotherapeutischen Behandlungen im Falle von Verletzungen, Unfall, Geburt oder Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation unterziehen;
 - juristische Personen, die genannte Personen im Fall einer stationären oder ambulanten Aufnahme in einer Pflegeeinrichtung, bei chirurgischen Eingriffen, fachärztlichen und diagnostischen Untersuchungen, physiotherapeutischen Behandlungen im Falle von Verletzungen, Unfall, Geburt oder Schwangerschaftsabbruch mit medizinischer Indikation unterziehen, schützen möchten;
- In beiden Fällen ist die grundlegende Notwendigkeit nach Schutz vor den Risiken Krankheit/Unfall und der Erhalt von Assistenzleistungen gegeben.



Welche Kosten fallen für mich an?

Der Vermittler bezieht durchschnittlich 23,74% der Nettoprämie.

WIE KANN ICH BESCHWERDEN EINREICHEN UND STREITFRAGEN LÖSEN?

<p style="text-align: center;">An das Versicherungsunternehmen</p>	<p>Eventuelle Beschwerden in Bezug auf das Produkt, die Abwicklung des Vertragsverhältnisses oder das Verhalten der Versicherung oder des Versicherungsagenten (einschließlich seiner Beschäftigten und Mitarbeiter) müssen schriftlich eingereicht werden bei:</p> <p>UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI), Italien Fax: +39.02.51815353 E-Mail: reclami@unipolsai.it Oder mithilfe des entsprechenden Formulars zur Einreichung von Beschwerden auf der Internetseite www.unipolsai.it.</p> <p>In den Beschwerden müssen Name, Nachname und Steuernummer (oder UST-ID) der Person, die die Beschwerde einreicht, sowie eine Beschreibung der Beanstandung enthalten.</p> <p>Die Beschwerde kann auch direkt an den Vertreter gerichtet werden, sofern sie sein Verhalten bzw. das Verhalten seiner Beschäftigten oder Mitarbeiter betreffen.</p> <p>Die Beschwerden über das Verhalten der Vermittler, die in Sektion B oder D des Finanzvermittlerregisters eingetragen sind, müssen schriftlich direkt an den Sitz des Vermittlers weitergeleitet werden und werden von diesem bearbeitet. Innerhalb von maximal 45 Tagen geht dem Beschwerdeführer eine Antwort zu.</p> <p>Die erforderlichen Informationen für die Einreichung von Beschwerden sind auf der Internetseite der Gesellschaft www.unipolsai.it und in den regelmäßigen Mitteilungen aufgelistet, die, sofern vorgesehen, während der Vertragslaufzeit verschickt werden.</p>
<p style="text-align: center;">BEIM IVASS</p>	<p>Sollte das Ergebnis der bei der Gesellschaft eingereichten Beschwerde nicht zufriedenstellend sein oder innerhalb der Höchstfrist von 45 Tagen bzw. 60 Tagen, falls die Beschwerde das Verhalten des Vertreters (oder seiner Beschäftigten und Mitarbeiter) betrifft, keine Stellungnahme erhalten, kann er sich an den Verbraucherschutz IVASS wenden, Via del Quirinale 21 - 00187 Rom, Fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it. Infos unter: www.ivass.it.</p> <p>Beschwerden beim IVASS enthalten:</p> <ol style="list-style-type: none"> Vorname, Nachname und Domizil des Beschwerdeführers mit eventueller Telefonnummer; Daten der Person oder der Personen, auf die sich die Beschwerde bezieht; kurze und erschöpfende Beschreibung des Grundes der Beschwerde; Kopie der Beschwerde, wie sie der Gesellschaft oder dem Vermittler vorgelegt wurde, sowie die eventuelle Antwort derselben; sämtliche Unterlagen, die zur vollständigeren Beschreibung der Tatsache und der zugehörigen Umstände beitragen. <p>Zur Prüfung der Einhaltung der geltenden Branchenbestimmungen müssen die Beschwerden direkt dem IVASS vorgelegt werden.</p>
<p>VOR DER EINLEITUNG EINES GERICHTLICHEN VERFAHRENS kann man sich an alternative Stellen zur Streitschlichtung wenden, darunter:</p>	
<p style="text-align: center;">Schlichtung</p>	<p>Durch Einschalten eines Anwalts kann man sich an eine der in der Liste des Justizministeriums geführten Schlichtungsstellen wenden, die unter www.giustizia.it eingesehen werden kann. (Gesetz Nr. 98 vom 9.8.2013). Das Einschalten einer Schlichtungsstelle ist Voraussetzung für die Möglichkeit eines gerichtlichen Verfahrens.</p>
<p style="text-align: center;">Verhandlung mit anwaltschaftlichem Beistand</p>	<p>Ein entsprechender Antrag kann nach den Modalitäten aus Gesetzesdekret vom 12. September 2014, Nr. 132 (Umwandlung in Gesetz Nr. 162 vom 10. November 2014) über</p>

	einen Anwalt an die Gesellschaft gerichtet werden.
Alternative Systeme zur Lösung von Streitfragen	Zur Lösung von Streitigkeiten medizinischer Art bezüglich der Vergütbarkeit des Schadensfalls können die Parteien die Entscheidung einem Schiedsgericht übergeben. Das Ärztekollegium ist in der Stadt bzw. Gemeinde ansässig, in dem das gerichtsmedizinische Institut seinen Sitz hat, das sich am nächsten am Wohnsitz des Versicherten befindet, auch wenn dieser nicht der Versicherungsnehmer ist. Für die Lösung des grenzübergreifenden Rechtsstreites, an dem der Beschwerdeführer mit Domizil in Italien beteiligt ist, kann er die Beschwerde beim IVASS oder direkt beim zuständigen ausländischen System einreichen, ermittelbar auf der Internetseite http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm , und Antrag auf die Aktivierung des Verfahrens des Netzwerkes FIN-NET stellen.

HINWEIS

FÜR DIESEN VERTRAG VERFÜGT DAS UNTERNEHMEN NICHT ÜBER EINEN EIGENEN INTERNETBEREICH FÜR DEN VERSICHERUNGSNEHMER (eine sogenannte HOME INSURANCE), DAS HEISST DIE UNTERZEICHNUNG DIESES VERTRAGS KANN NICHT DIGITAL VERWALTET WERDEN.

LESEN SIE DIE EMPFEHLUNGEN UND HINWEISE IN DER POLICE AUFMERKSAM DURCH, BEVOR SIE DEN GESUNDHEITSFragebogen AUSFÜLLEN. ETWAIGE NICHT PRÄZISE ODER NICHT WAHRHEITSGEMÄSSE ANGABEN KÖNNEN DEN ANSPRUCH AUF DIE VERSICHERUNGSLEISTUNG SCHMÄLERN ODER GÄNZLICH AUSSCHLIESSEN.