

Assicurazione Spese Sanitarie

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

UnipolSai Assicurazioni S.P.A.

Prodotto: UNIPOLSAI SALUTE SPESE MEDICHE SANICARD

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 S.p.A., 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 RIDUZIONE DEL PREMIO

FORMULA COMPLETA

Franchigia su Ricoveri, Day Hospital e Interventi chirurgici ambulatoriali in Istituto di Cura	Qualora nell'erogazione delle prestazioni venga concordata l'applicazione di una Franchigia e/o di uno Scoperto il Contraente ha diritto ad uno sconto sul Premio.
Massimale unico per Nucleo Familiare	Qualora i Massimali indicati in Polizza vengano prestati non per singolo Assicurato, ma per tutti gli Assicurati appartenenti al medesimo Nucleo Familiare il contraente ha diritto ad uno sconto sul Premio.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

FORMULA COMPLETA

Garanzia Plus	<p>UnipolSai provvede al pagamento delle spese sostenute per:</p> <p>Visite Specialistiche e Accertamenti Diagnostici: visite specialistiche non connesse a Ricovero e conseguenti a Malattia o Infortunio avvenuto durante l'operatività della Polizza.</p> <p>Trattamenti Fisioterapici: trattamenti fisioterapici, a seguito di Infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, sempre che siano connessi all'infortunio denunciato e che risultino prescritti da un medico specialista.</p> <p>Prevenzione: particolari esami diagnostici da effettuarsi una volta l'anno in Centri Sanitari Convenzionati.</p> <p>Prevenzione Odontoiatrica: una visita specialistica odontoiatrica e di una seduta di ablazione del tartaro o di una seduta di trattamento per l'igiene orale all'anno, da effettuarsi in centri Sanitari Convenzionati.</p> <p>Interventi Chirurgici Odontoiatrici Extraricovero: gli interventi chirurgici odontoiatrici derivanti dalle seguenti patologie: osteiti mascellari che coinvolgono almeno un terzo dell'osso; cisti follicolari; cisti radicolari; adamantinoma; odontoma; ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare.</p>
----------------------	---



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

La Garanzia base della Sezione **FORMULA COMPLETA**, relativamente alla copertura Ricovero in Istituto di Cura, Day – Hospital, Intervento Chirurgico Ambulatoriale prevede l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di € 1.000,00 e un massimo di € 6.000,00 per il caso di Rimborso delle spese in caso di utilizzo di Equipe non convenzionata in un Centro Convenzionato e in caso di utilizzo di Centro ed Equipe medica/Personale non convenzionati. Per la copertura Alta specializzazione prevede l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di € 60,00 in caso di utilizzo di Centro ed Equipe medica/Personale non convenzionati.

Per la Garanzia base della Sezione **GRANDI INTERVENTI**, relativamente al Ricovero in Istituto di Cura o Day-Hospital per Grande Intervento Chirurgico e Grave Evento Morboso, è prevista l'applicazione di uno Scoperto del 20% con minimo di € 1.000,00 e massimo di € 6.000,00 in caso di utilizzo di Equipe non convenzionata in un Centro Convenzionato e in caso di Centro ed Equipe medica/Personale non convenzionati.

Per le Sezioni **FORMULA COMPLETA**, **FORMULA GRANDI INTERVENTI**, **ASSISTENZA**, sono previste le seguenti esclusioni di garanzia:

- le conseguenze di infortuni causati dalla pratica dei seguenti sport anche se svolti a carattere ricreativo: alpinismo in solitario con scalata di rocce o di ghiacciai oltre il terzo grado della scala di Monaco, lotta e arti marziali nelle loro varie forme, salti dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo e sci alpinismo, jumping, rafting, immersione con autorespiratore, speleologia, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore, in gare, competizioni e relative prove salvo si tratti di gare di regolarità pura, sport del paracadutismo e sport aerei in genere;
- gli accertamenti per infertilità e le pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale, al trattamento della sterilità e/o dell'impotenza;
- le prestazioni aventi finalità estetiche (salvi gli interventi di chirurgia plastica o stomatologica ricostruttiva dovuti a conseguenza diretta di infortunio o di intervento demolitivo indennizzabile a termini di polizza);
- le degenze dovute dalla 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;
- le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici;
- le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, le accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), le radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, quanto sopra a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;
- le conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari; di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche;
- i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica,

possono essere effettuati anche in ambulatorio;

- le prestazioni sanitarie relative a Morbo di Parkinson, Demenza Senile e Morbo di Alzheimer;

- le prestazioni sanitarie relative alla infezione da H.I.V.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?

Denuncia del sinistro:

Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con Equipe Medica Convenzionata: In caso di Sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute per prenotare la prestazione o il Ricovero presso un Centro Sanitario Convenzionato. Per prestazioni non riguardanti un Ricovero, l'Assicurato potrà effettuare la prenotazione anche attraverso la funzione on-line disponibile all'interno dell'Area Clienti del sito www.unisalute.it. All'atto dell'erogazione della prestazione l'Assicurato dovrà presentare al Centro Sanitario Convenzionato un documento comprovante la propria identità, oltre alla prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. Le prestazioni autorizzate da UniSalute saranno liquidate da quest'ultima direttamente al Centro Sanitario Convenzionato, salvo eventuali Franchigie previste dalle Condizioni di Polizza. Qualora siano erogati servizi non previsti dal contratto e/o non autorizzati da UniSalute, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente al Centro Sanitario Convenzionato.

Prestazioni in Centri Sanitari Convenzionati con equipe medica non convenzionata:

L'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa di UniSalute per prenotare la prestazione o il Ricovero presso un Centro Sanitario Convenzionato. All'atto dell'erogazione della prestazione l'Assicurato dovrà presentare al Centro Sanitario Convenzionato un documento comprovante la propria identità, oltre alla prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste. Le prestazioni autorizzate da UniSalute saranno liquidate da quest'ultima direttamente al Centro Sanitario Convenzionato. L'assicurato deve pagare direttamente le prestazioni nei confronti dell'equipe medica non convenzionata e richiedere successivamente il rimborso delle spese sostenute.

Prestazioni in centri sanitari non convenzionati o prestazioni a rimborso: Per richiedere il rimborso di quanto speso o per il pagamento dell'Indennità sostitutiva l'Assicurato, che può rivolgersi direttamente all'Agenzia che ha in carico il contratto o a UniSalute, deve compilare e sottoscrivere il modulo per la richiesta di rimborso. Tale modulo è reperibile all'interno della Sezione "Modulistica" del sito www.unisalute.it. Il modulo, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta a UniSalute, unitamente a copia della cartella clinica conforme all'originale in caso di Ricovero o copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero all'indirizzo: "UniSalute S.p.A. - Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO". L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativa alla patologia denunciata. Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato previa consegna ad UniSalute di copia della documentazione relativa alle spese sostenute.

Ospedalizzazione domiciliare: Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare preventivamente la Centrale Operativa di UniSalute S.p.A specificando la prestazione richiesta.

Second Opinion: L'Assicurato può sottoporre i responsi ricevuti dai propri medici curanti, al momento in cui viene formulata una diagnosi o un'impostazione terapeutica, alla verifica da parte di esperti delle diverse discipline specialistiche, contattando direttamente la Centrale Operativa di UniSalute. Per l'attivazione della garanzia, il cliente dovrà inviare a UniSalute la documentazione clinica in Suo possesso, richiesta dal medico UniSalute, in relazione alla specifica patologia per la quale viene richiesta la diagnosi comparativa.

Sindrome Metabolica: Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare lo specifico questionario raggiungibile cliccando su www.unisalute.it, registrandosi all'"Area Clienti" e confermare il suo invio ad UniSalute. UniSalute provvederà ad analizzarne i contenuti ed entro 2 giorni comunicherà all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite e-mail mettendo a disposizione le relative informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Tariffe Agevolate: Per l'attivazione della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare preventivamente

	<p>la Centrale Operativa di UniSalute specificando la prestazione richiesta.</p> <p>Assistenza: l'Assicurato deve contattare la Struttura Organizzativa di UniSalute, specificare la prestazione richiesta e fornire ogni documento utile e ogni altro elemento che possa comprovare l'evento per il quale necessita di Prestazione di Assistenza. L'Assicurato deve inoltre presentare ogni elemento che possa permettere il diritto alla Prestazione di Assistenza.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: il contratto prevede la possibilità di avvalersi di prestazioni di assistenza diretta, mediante l'accesso ad un circuito di Centri Sanitari Convenzionati con UniSalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. UniSalute fornisce inoltre informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti dei Centri Sanitari Convenzionati, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da essi erogati.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: Sezioni <u>FORMULA COMPLETA</u> e <u>FORMULA GRANDI INTERVENTI</u>: UnipolSai si avvale di UniSalute S.p.A., e della sua Centrale Operativa; Sezione <u>ASSISTENZA</u>, la Società si avvale di UniSalute S.p.A., e della sua Centrale Operativa/Struttura Organizzativa.</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	Le somme assicurate ed i Massimali non sono soggetti ad alcun adeguamento e/o indicizzazione per tutta la durata contrattuale, tuttavia il Premio è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato.
Rimborso	Non sono contrattualmente previste ipotesi di rimborso del Premio nei confronti del Contraente.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<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 della patologia denunciata dall'Assicurato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per gli Infortuni verificatisi dopo la data di stipulazione del contratto la copertura decorre dalle ore 24 del giorno di effetto della Polizza; - per le Malattie insorte dopo la stipulazione del contratto la copertura decorre dalle ore 24 del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza; - per le Malattie dipendenti da gravidanza la copertura è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della Polizza; - per le conseguenze di Malattie diagnosticate, sottoposte ad accertamenti o curate anteriormente alla stipulazione del contratto, dichiarate dall'Assicurato nel Questionario Sanitario ed accettate dalla Società la copertura decorre dalle ore 24 del centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza; - per le conseguenze di Malattie non conosciute dall'Assicurato, ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto centottantesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza; - per il parto e l'aborto terapeutico la copertura decorre dalle ore 24 del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della Polizza.
Sospensione	Non è contrattualmente prevista la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

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



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 20,00% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p><i>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:</i></p> <p><i>UnipolSai Assicurazioni S.p.A. - Reclami e Assistenza Specialistica Clienti</i> <i>Via della Unione Europea n. 3/B, 20097 San Donato Milanese (MI)</i> <i>Fax: 02.51815353 e-mail: reclami@unipolsai.it</i> <i>Oppure utilizzando l'apposito modulo di presentazione dei reclami disponibile sul sito www.unipolsai.it.</i></p> <p><i>I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.</i></p> <p><i>E' possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p><i>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.</i></p>
All'IVASS	<p><i>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.</i></p> <p><i>I reclami indirizzati all'IVASS contengono:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>a) nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;</i> <i>b) individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;</i> <i>c) breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;</i> <i>d) copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito</i>

	dalla stessa; e) ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze. Si evidenzia che i reclami per l'accertamento dell'osservanza della vigente normativa di settore vanno presentati direttamente all'IVASS.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<i>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.</i>
Negoziazione Assistita	<i>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).</i>
Altri Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<i>In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del Sinistro e sulle sue conseguenze, le Parti possono demandare per iscritto la decisione ad un Collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici. 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.</i>

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.