

Assicurazione Malattia e Infortuni



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

UnipolSai Assicurazioni S.p.A.
Prodotto: UNIPOLSAI SALUTE RICOVERO

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?

L'assicurazione, operante in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto, consente all'Assicurato di scegliere tra due diverse formule di copertura: Garanzia Base Light a cui può essere abbinata la Garanzia Supplementare Opzionale, e Garanzia Base a cui possono essere abbinate la Garanzia Supplementare Opzionale e le Garanzie Supplementari Opzionali Multiple-Scelta Energy.

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

Condizione Specifica	
	Franchigia assoluta di 5 giorni su garanzia Indennità giornaliera per ricovero.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

GARANZIA BASE LIGHT E BASE

Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico	
	Liquidazione delle spese sanitarie sostenute dall'Assicurato durante il ricovero sino ad un massimo di 300 volte l'indennità giornaliera assicurata, in alternativa all'erogazione dell'indennità giornaliera assicurata.

GARANZIA BASE- SCELTA ENERGY

Spese Pre e Post Ricovero	<i>Indennizzo, in caso di ricovero in Istituto di Cura di durata superiore a 3 giorni, delle spese sostenute e documentate dall'Assicurato nei 30 giorni precedenti e successivi il ricovero per esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche, purché inerenti alla patologia o infortunio che ha determinato il ricovero.</i>
Spese per 'Assistenza Infermieristica Ospedaliera	<i>Rimborso delle spese documentate e sostenute dall'Assicurato per l'assistenza infermieristica privata individuale durante un ricovero indennizzabile a termini di polizza.</i>
Spese per la retta dell'accompagnatore	<i>Rimborso delle spese documentate e sostenute per spese di vitto e pernottamento dell'accompagnatore, a seguito di un ricovero dell'Assicurato indennizzabile a termini di polizza.</i>
Raddoppio dell'indennità	<i>Erogazione del doppio dell'indennità giornaliera convenuta per il ricovero in Istituto di Cura nei casi elencati contrattualmente.</i>



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi	<i>Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.</i>
-----------------------	--



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.

*- Quando il Contraente/Assicurato non si avvalga in tutto o in parte di centri e medici convenzionati, per le prestazioni previste dalla garanzia **Ospedalizzazione domiciliare post ricovero** il rimborso comporta l'applicazione di uno scoperto del 20% e un minimo non indennizzabile di € 60,00 per prestazione.*

Sono previste esclusioni di garanzia per tutte le sezioni:

- le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;*
- le malattie mentali e i disturbi psichici in genere, ivi comprese le patologie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive; l'aborto non terapeutico ed eventuali conseguenze;*
- le terapie della fecondità, della sterilità, dell'impotenza sessuale;*
- 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 prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. 31 ottobre 1991 pubblicato sulla G.U. 262 del 8/11/1991) quali per esempio le omeopatiche, fitoterapiche e le cure dimagranti in genere;*
- ricoveri per malattie croniche in istituzioni sanitarie di lunga permanenza (cronicari, case di riposo e istituti diversi da case di cura) ancorché qualificate come cliniche o Istituti di Cura;*
- le cure odontoiatriche e delle paradontopatie quando non siano rese necessarie da infortunio indennizzabile a termini di polizza;*
- 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.), a meno che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili a termini di polizza;*
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari;*
- di atti violenti od aggressioni, cui l'Assicurato abbia preso parte attiva, i quali abbiano finalità politiche o sociali; di eruzioni vulcaniche;*
- H.I.V.e gli stati patologici correlati ad essa.*



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Per le garanzie Ospedalizzazione domiciliare post ricovero e Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con UniSalute, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800.822469 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia +39 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata, all'atto dell'effettuazione della prestazione, un documento comprovante la propria identità e la prescrizione del medico curante contenente la natura della malattia accertata o presunta e le prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche richieste.</p> <p><i>In caso di ricovero dovrà inoltre sottoscrivere la lettera d'impegno al momento dell'ammissione nell'Istituto di Cura e all'atto delle dimissioni i documenti di spesa per attestazione dei servizi</i></p>
---------------------------------------	--

	<p>ricevuti. In caso di prestazione extraricovero l'Assicurato dovrà firmare i documenti di spesa a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.</p> <p>Il momento di insorgenza del sinistro è:</p> <ul style="list-style-type: none"> - per la garanzia Indennità Giornaliera per Ricoveri Ospedalieri: il primo giorno di ricovero; - per la garanzia Indennità Giornaliera da Convalescenza: quando, in seguito alle dimissioni da un Istituto di Cura per un ricovero dipendente da malattia o infortunio, venga certificato dal medico all'atto delle dimissioni che l'Assicurato abbia necessità di un periodo di convalescenza; - per la garanzia Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero: il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura a seguito di ricovero che renda necessaria l'Ospedalizzazione Domiciliare Post Ricovero; - per la garanzia Indennità Giornaliera da Immobilizzazione: il primo giorno di applicazione di un mezzo di contenzione a seguito di infortunio; - per la garanzia Spese Pre e Post Ricovero: il primo giorno di ricovero in relazione alle prestazioni di pre ricovero; il giorno di dimissione dall'Istituto di Cura per le prestazioni di post ricovero; - per la garanzia Spese per l'Assistenza Infermieristica Ospedaliera: quando, come conseguenza del ricovero in un Istituto di Cura a seguito di malattia o infortunio, si è resa necessaria l'assistenza infermieristica privata fornita da personale qualificato durante il ricovero stesso; - per la garanzia Spese per la Retta dell'Accompagnatore: quando, durante il ricovero dell'Assicurato in un Istituto di Cura a seguito di malattia o infortunio, si è resa necessaria la presenza di un accompagnatore che ha sostenuto spese per vitto e pernottamento; - per la garanzia Raddoppio dell'indennità: il primo giorno di ricovero con o senza intervento chirurgico reso necessario da infortunio o malattia; - per la garanzia Massimale sostitutivo in caso di Grande Intervento Chirurgico: il primo giorno di ricovero reso necessario da malattia o infortunio che comporti un Grande Intervento Chirurgico. <p>Per le altre garanzie:In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono darne avviso ad UniSalute entro 30 giorni da quando ne hanno avuto la possibilità, ai sensi dell'art. 1913 del Codice Civile.</p> <p>Per ottenere il rimborso delle spese sostenute o l'erogazione dell'indennità giornaliera, l'Assicurato deve inviare direttamente a: "UniSalute S.p.A. – Rimborsi UnipolSai - c/o CMP BO - Via Zanardi, 30 - 40131 Bologna BO", la documentazione necessaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte. <p>Tale modulo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - è compilabile tramite l'apposita funzione disponibile nella sezione "Sinistri/ Rimborsi" - "Vuoi denunciare un sinistro?" all'interno dell'Area Clienti del sito ww.unisalute.it o, in alternativa - è stampabile, nella versione in bianco, reperibile all'interno della Sezione Modulistica del sito ww.unisalute.it • in caso di ricovero copia della cartella clinica conforme all'originale e copia dei certificati medici di prescrizione in caso di prestazioni extraricovero. <p>L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti da UniSalute e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia o infortunio denunciata/o, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: il contratto prevede l'utilizzo da parte dell'Assicurato di strutture sanitarie convenzionate, 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 in Italia la gestione viene affidata da UnipolSai a UniSaluteS.p.A.. All'estero le prestazioni Viaggio di un familiare all'estero, Invio di medicinali urgenti, Rimpatrio sanitario, Interprete a disposizione, Rientro di minori, Rientro dall'estero, Rientro anticipato, sono prestate da UniSalute in collaborazione con IMA Italia Assistance S.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	<i>Il Premio è soggetto ad adeguamento annuale in ragione dell'aumentare dell'età dell'Assicurato sulla base delle percentuali di incremento contrattualmente previste.</i>
Rimborso	<i>Non sono contrattualmente previste ipotesi di rimborso del Premio nei confronti del Contraente.</i>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p><i>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.</i></p> <p><i>La carenza varia a seconda dell'evento denunciato dall'Assicurato.</i></p> <p><i>L'assicurazione decorre dalle ore 24:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>del giorno di effetto della polizza per gli infortuni;</i> • <i>del trentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per le malattie. Per le malattie dipendenti da gravidanza la garanzia è operante a condizione che la stessa abbia avuto inizio successivamente alla data di effetto della polizza;</i> • <i>del trecentesimo giorno successivo a quello di effetto della polizza per il parto e l'aborto terapeutico;</i> • <i>del primo giorno del terzo anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le patologie che rientrano nella garanzia Interventi chirurgici/Patologie particolari delle "Norme che regolano il contratto in generale", fermo quanto previsto al medesimo articolo.</i>
Sospensione	<i>Non è contrattualmente prevista la possibilità di sospendere le garanzie.</i>



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 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 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 18,67% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'Impresa Assicuratrice</p>	<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: 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. E' possibile anche inviare il reclamo direttamente all'Agente se riguarda il suo comportamento o quello dei relativi dipendenti e collaboratori. 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. 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>
<p>All'IVASS</p>	<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> <ol style="list-style-type: none"> nome, cognome e domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico; individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; copia del reclamo presentato alla Società o all'intermediario e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa; 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>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<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>
<p>Negoziazione Assistita</p>	<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>
<p>Altri Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<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>

AVVERTENZA:

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.