

Assicurazione Spese Sanitarie

UniSalute
SPECIALISTI NELL'ASSICURAZIONE SALUTE

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

Unisalute S.p.A.

Prodotto: "Valore Salute Più Gold"

Data: 01/02/2019 - 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.

UniSalute S.p.A. ("la Società"), soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Unipol Gruppo S.p.A. facente parte del Gruppo Assicurativo Unipol iscritto all'Albo delle società capogruppo presso l'IVASS al n. 046. Sede legale e Direzione Generale Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia).

Recapito telefonico +39 051 6386111 - fax +39 051 320961 – sito internet www.unisalute.it – indirizzo di posta elettronica unisalute@pec.unipol.it

La Società è autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. 20-11-1989 n. 18340 (G.U. 4-12-1989 n. 283), D.M. 8-10-1993 n. 19653 (G.U. 25-10-1993 n.251), D.M. 9-12-1994 n.20016 (G.U. 20-12-1994 n. 296) e Prov. Isvap n.2187 dell'8-05-2003 (G.U. 16-05-2003 n.112). Numero di iscrizione all'Albo delle Imprese Assicuratrici: 1.00084.

Per informazioni patrimoniali sulla società consulta la relazione sulla solvibilità disponibile sul sito: <https://www.unisalute.it/informazioni-societarie/informativa-pillar-solvency-2>

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2017, il patrimonio netto dell'Impresa è pari ad € 152,5 milioni con capitale sociale pari ad € 17,5 milioni e totale delle riserve patrimoniali pari ad € 90,803 milioni. Con riferimento alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR), disponibile sul sito www.unisalute.it, 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 € 109,080 milioni, il Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) è pari ad € 35,771 milioni, a copertura dei quali la Società dispone di Fondi Propri rispettivamente pari ad € 143,920 milioni e ad € 137,061 milioni, con un conseguente Indice di solvibilità, al 31 dicembre 2017, pari a 1,32 volte il requisito patrimoniale di solvibilità. I requisiti patrimoniali di solvibilità sono calcolati mediante l'utilizzo della Standard Formula Market Wide."

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; l'ampiezza dell'impegno della Società è rapportato ai massimali e/o delle Somme assicurate concordate con il Contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

- Non sono assicurabili le persone che abbiano sofferto o soffrano alla data di effetto della garanzia di almeno una delle seguenti patologie, o rientrano in almeno una delle sotto elencate casistiche:
- Tumori insorti nei cinque anni precedenti alla data di sottoscrizione della polizza;
- Malattie degenerative del sistema nervoso (es. morbo di Alzheimer, sclerosi multipla,

	<ul style="list-style-type: none"> • morbo di Parkinson e Parkinsonismi, sclerosi a placche o laterale amiotrofica); • Epatopatie croniche e cirrosi epatica; • Pancreatite acuta e cronica; • Ictus cerebrale ischemico o emorragico insorto nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza; • Grave scompenso a carico dei seguenti organi: rene, surrene, ipofisi, cuore e pancreas; • Patologie a carico del muscolo cardiaco e del circolo coronarico insorte nei 5 anni precedenti la data di sottoscrizione della polizza (es.: angina pectoris, infarto, miocardite, pericardite); • Demenze su base vascolare acute e croniche o da diabete complicato da neuropatie e/o angiopatie o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale quelle forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente) o controllabile solo con l'assunzione di almeno 3 farmaci; • Essere affette da tossicodipendenza da sostanze stupefacenti o farmacologiche, alcolismo, HIV, epatite cronica; • Invalidità civile riconosciuta superiore al 60%, salvo quanto previsto all'art. 12 per quanto attiene l'operatività specifica della garanzia "Stati di non autosufficienza temporanea (LTC) per assicurati per assicurati con eta' minima 18 anni; • Stato di non autosufficienza temporanea o permanente alla data di attivazione del presente piano sanitario.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Indennità giornaliera: è prevista un'indennità per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a 90 giorni per ogni ricovero.

Alta specializzazione: le spese in strutture sanitarie o personale non convenzionati con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% con franchigia di € 60,00.

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di € 60,00.

Trattamenti fisioterapici riabilitativi: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 25% con una franchigia di € 70,00.

Assistenza infermieristica domiciliare: è previsto un rimborso per giorno per un massimo di 60 giorni per persona/anno assicurativo.

Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e altre prestazioni di tipo odontoiatrico e ortodontico: Le spese in strutture non convenzionate sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di € 100,00.

Cure dentarie da infortunio: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di € 100,00.

Interventi chirurgici odontoiatrici extra-ricovero: le spese in strutture private non convenzionate con la Società sono rimborsate con uno scoperto del 20% con una franchigia di € 100,00.

Stati di non autosufficienza temporanea: la somma mensile garantita è corrisposta per una durata massima di 6 mesi.

SONO PREVISTE LIMITAZIONI PER LE SEGUENTI GARANZIE:

Sindrome metabolica: le prestazioni sono previste solo nelle strutture convenzionate con la Società

Prestazioni odontoiatriche particolari: le prestazioni sono previste solo nelle strutture convenzionate con la Società

Prestazioni diagnostiche particolari: le prestazioni sono previste solo nelle strutture convenzionate con la Società.

Prestazioni diagnostiche e odontoiatriche particolari per bambini e ragazzi: le prestazioni sono previste solo nelle strutture convenzionate con la Società.

Servizio monitor salute: la garanzia è prestata sempre che l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

SONO PREVISTE ESCLUSIONI PER LE SEGUENTI GARANZIE:

Visite specialistiche e accertamenti diagnostici: sono escluse le visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e le visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici.


Trattamenti fisioterapici riabilitativi: sono escluse dalla garanzia prestazioni quali linfodrenaggio, pressoterapia e shiatsu. Non rientrano in garanzia prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.





Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: Entro 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto, è possibile richiedere rimborso alla Società.</p> <p>In caso di sinistro relativo alle garanzie INDENNITA', ALTA SPECIALIZZAZIONE, VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI, TRATTAMENTI FISIOTERAPICI E RIABILITATIVI, ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE, CURE ODONTOIATRICHE, TERAPIE CONSERVATIVE, PROTESI ODONTOIATRICHE, ORTODONZIA E ALTRE PRESTAZIONI DI TIPO ODONTOIATRICO E ORTODONTICO, CURE DENTARIE DA INFORTUNIO, INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRA-RICOVERO, l'Assicurato deve inviare il modulo di denuncia del sinistro, copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute, prescrizione contenente la patologia presunta o accertata, (in caso di prestazioni extraricovero, dove previsto dalle singole garanzie) o copia della cartella clinica o scheda di dimissione ospedaliera (in caso di prestazioni di indennità) all'indirizzo: UniSalute S.p.A. Rimborsi Clienti - c/o CMP BO – Via Zanardi 30 - 40131 Bologna BO.</p> <p>In caso di Sinistro relativo alla garanzia SINDROME METABOLICA, l'Assicurato deve compilare il Questionario raggiungibile sul sito www.unisalute.it, i dati saranno valutati dalla Società e messi a disposizione dell'Assicurato nella propria Area Riservata accessibile tramite username e password.</p> <p>In caso di Sinistro relativo alla garanzia SERVIZIO MONITOR SALUTE, l'Assicurato deve compilare il Questionario raggiungibile sul sito www.unisalute.it, i dati saranno valutati dalla Società e messi a disposizione dell'Assicurato nella propria Area Riservata accessibile tramite username e password.</p> <p>In caso di Sinistro relativo alla garanzia DOCTOR PET, l'Assicurato deve contattare la Centrale Operativa. L'Assicurato dovrà specificare i dati anagrafici dell'animale per il quale si richiede l'assistenza.</p> <p>In caso di Sinistro relativo alla garanzia STATI DI NON AUTOSUFFICIENZA TEMPORANEA, l'Assicurato o l'amministratore di sostegno, il tutore legale o un familiare, deve telefonare alla Centrale Operativa, entro 2 settimane da quando si ritiene siano maturati i requisiti per la non autosufficienza, fornendo le informazioni richieste per poter usufruire delle prestazioni e consulenze.</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 e personale convenzionati con Unisalute a cui è affidata l'organizzazione e l'erogazione delle prestazioni. Le garanzie PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE PARTICOLARI, PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI, PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI PER RAGAZZI E BAMBINI sono prestate unicamente mediante l'assistenza diretta.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: Non ci sono altre imprese che si occupano della trattazione dei Sinistri.</p> <p>Prescrizione: I diritti derivanti dal contratto 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 entro il quale la Società si impegna a pagare il sinistro. La Società si impegna a pagare il sinistro nel più breve tempo possibile.
------------------------------	---

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non è previsto l'utilizzo di tecniche di vendita multilevel marketing.
Rimborso	Non sono previste ipotesi di rimborso del premio a favore del Contraente.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Le coperture assicurative sono soggette alle seguenti carenze e decorrono dalle ore 24:</p> <ul style="list-style-type: none"> - del 5° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per gli infortuni; - del 30° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le malattie; - del 60° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per l'aborto e le malattie dipendenti da gravidanza; - del 180° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione, per le conseguenze di stati patologici diagnosticati, sottoposti ad accertamenti o curati anteriormente alla stipulazione dell'assicurazione; - del 180° giorno successivo a quello dell'assicurazione per le conseguenze di stati patologici non conosciuti dall'Assicurato, ma insorti anteriormente alla stipulazione della polizza; - del 300° giorno successivo a quello di effetto dell'assicurazione per il parto e le malattie da puerperio; - del 1° giorno del VI anno assicurativo successivo a quello di effetto dell'assicurazione per le infezioni da HIV, a condizione che l'assicurato non fosse già affetto da HIV all'atto dell'attivazione del piano sanitario nel qual caso troverebbe applicazione l'art. B.3 "Persone non assicurabili". <p>Ferma la durata annuale di ciascun contratto, è possibile acquistare il prodotto "Valore Salute Più" per le annualità successive alla prima, in continuità assicurativa, senza l'applicazione delle predette carenze.</p> <p>Anche nel caso di assicurati già coperti con analogo prodotto della Società, collocato da Unipol Banca, è possibile acquistare il prodotto "Valore Salute Più" in continuità assicurativa, e le carenze non troveranno applicazione.</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	Non è contrattualmente prevista la possibilità per il Contraente di risolvere anticipatamente il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

L'assicurazione è destinata alle persone fisiche correntiste di Unipol Banca S.p.A. che intendono sottoscrivere il piano sanitario per sé e per uno o più componenti del proprio nucleo familiare (coniuge/persona unita civilmente o convivente di fatto e figli risultanti dallo stato di famiglia, non necessariamente correntisti).

Si tratta di soggetti con esigenza principale di protezione contro il rischio di spese sanitarie nei casi di Malattia e Infortuni.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte percepita dall'intermediario è pari al 29,00% del Premio netto.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>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, 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.</p> <p>I reclami devono indicare nome, cognome, domicilio e Codice Fiscale (o Partita IVA) del reclamante, nonché la descrizione della lamentela.</p> <p>I reclami relativi al comportamento degli intermediari iscritti alla sezione 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: Unipol Banca S.p.A. Ufficio Reclami - Piazza della Costituzione, 2 - 40128 Bologna - Fax +39 0513544970 - e-mail reclamicienti@unipolbanca.it o reclamicienti@pec.unipolbanca.it e saranno da esso gestiti dando riscontro al reclamante entro il termine massimo di 45 giorni.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, 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>Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.</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>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (<i>indicare quando obbligatori</i>):	
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).</p> <p>Il ricorso al procedimento di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</p>

Negoziazione assistita	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).
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<ul style="list-style-type: none"> - Procedura di arbitrato, previa comunicazione da inviare alla Società, verrà attivata con le modalità stabilite dall'art. C.2 "Controversie e arbitrato irrituale" delle Condizioni di Assicurazione. - 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 per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante avente il domicilio in Italia.

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.