

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A. – Direzione Generale in Italia – Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di Assicurazione

Prodotto: ASSICURA RSM NEW2

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni ospedaliere, odontoiatriche e invalidità permanente.



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo RBM Salute dà:

- ✓ Spese mediche in caso di ricovero per Grandi Interventi Chirurgici e/o per Gravi Patologie, Ricoveri con e senza intervento chirurgico, Day Surgery/Day Hospital, Intervento ambulatoriale
- ✓ Prestazioni odontoiatriche
- ✓ Programmi di prevenzione - check up
- ✓ Protezione pandemica

La copertura ha un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 75 anni. Per gli Assicurati già in copertura al raggiungimento del 75° anno di età, la copertura può essere rinnovata fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'Assicurato raggiunga l'80° anno di età. E' possibile estendere il piano fino a 85 anni solo nel caso in cui la persona sia in copertura da almeno 7 anni continuativi. In caso di disdetta della presente copertura assicurativa dopo il 75° anno di età non è più possibile aderire alla copertura.
- ✗ La copertura assicurativa non opera in alcuni casi, come per esempio:
 - gli infortuni derivanti da partecipazioni a gare professionistiche e relative prove ed allenamenti
 - gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso di alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili;
 - le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura prevede franchigie e scoperti specifici per garanzia, che possono causare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Vale per il Mondo intero. I danni sono liquidati in Italia, in euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi sono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrive il contratto, l'Assicurato deve fare dichiarazioni precise, complete e non reticenti sul rischio da assicurare; nel corso del contratto deve comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Se non rispetta questi obblighi, può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e l'assicurazione può cessare
- L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il Sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena possono. Se questo obbligo non è rispettato, si può perdere del tutto o in parte il diritto al rimborso delle spese
- Se l'Assicurato è rimborsato da Fondi o Enti deve inviare la documentazione di liquidazione di tali Enti insieme alle fotocopie delle relative fatture
- Per ottenere la liquidazione dei sinistri, è necessario presentare la documentazione medica completa di diagnosi intestata all'Assicurato
- In caso di infortunio, se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, l'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il nome e il recapito del terzo responsabile e inviare il referto del Pronto Soccorso
- In caso di incidente stradale, quando fa la prima richiesta di rimborso per le conseguenti prestazioni sanitarie, l'Assicurato deve inviare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole)



Quando e come devo pagare?

- Il premio è annuo e indivisibile, ma ha un frazionamento mensile anticipato, come riportato sul certificato di polizza
- Il Contraente deve pagare il premio a Intesa Sanpaolo RBM Salute con bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura dura 1 anno; decorre dalle ore 00.00 del 01.01.2022, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti dalle ore 00 del giorno del pagamento; scade alle ore 24.00 del 31.12.2022.
- Se alla scadenza l'assicurazione non è disdettata, è tacitamente prorogata per 1 anno e così di seguito alle successive scadenze.



Come posso disdire la polizza?

- Il Contraente può sempre disdire ogni anno il contratto senza oneri, con raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza annuale.

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.



Prodotto: ASSICURA_RSM_NEW2

Data di aggiornamento 03/2022

Questo 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 di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima di sottoscrivere il contratto.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Sede legale: via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)

tel. +39 041 2518798

sito internet: www.intesasanpaolorbmsalute.com;

e-mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com; pec: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556.

Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione con il numero 1.00161 appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2020

Patrimonio netto: 367.891.567,00 euro, di cui capitale sociale 160.000.000,00 euro.

Totale delle riserve patrimoniali: 146.026.695,00 euro.

I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio. Possono essere consultati sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

Risultati della valutazione del profilo di rischio di Intesa Sanpaolo RBM Salute:

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 143.283.029 euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 35.820.757 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 387.030.759 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 387.030.759 euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 270%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP; l'impegno di Intesa Sanpaolo RBM Salute è rapportato alle somme assicurate concordate con il contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza della garanzia
2. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
3. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e

	<p>ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"</p> <p>4. infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti</p> <p>5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo</p> <p>6. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza</p> <p>7. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)</p> <p>8. Ricoveri in lungodegenza</p> <p>9. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia)</p> <p>10. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica</p> <p>11. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero"</p> <p>12. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini</p> <p>13. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale</p> <p>14. ricoveri impropri</p> <p>15. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia entro il primo anno di età secondo quanto previsto all'art. 23 "Neonati" delle CGA</p> <p>16. infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza</p> <p>17. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali</p> <p>18. gli infortuni derivanti da sport aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);</p> <p>19. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili</p> <p>20. gli infortuni derivanti / correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere</p> <p>21. l'aborto volontario non terapeutico</p> <p>22. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche</p> <p>23. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV</p> <p>24. l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto dalla lett. G dell'art. 13 "Oggetto dell'Assicurazione</p> <p>25. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni</p> <p>26. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assistito</p> <p>27. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche</p> <p>28. le conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche</p> <p>29. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili)</p> <p>30. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa</p> <p>31. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività (HIV), sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS)</p> <p>32. le conseguenze dirette od indirette di pandemie, salvo quanto previsto dalla garanzia pandemica.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto a Intesa Sanpaolo RBM Salute se stipula o ha stipulato altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice civile). Vale anche se lo stesso rischio è

coperto da contratti con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Di seguito i massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie per le diverse opzioni. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Massimale	400.000 euro
Sub Massimali	
Ricoveri in forma indiretta e in forma mista	100.000 euro
Ricovero per Grandi Interventi, Ricoveri per Gravi Patologie, Ricovero con/senza intervento, Day Surgery/Day Hospital e Parto Cesareo	
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 1.500 euro - in caso di grandi interventi 500 euro
- rimborso	35% min. 2.500 euro
- misto:	
• diretta	Franchigia 1.500 euro - in caso di grandi interventi 500 euro
• rimborso	35% min. 2.500 euro
Ticket diverso da intramoenia	15%
Aborto terapeutico o spontaneo post -traumatico	
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- rimborso	35% min. 600 euro
- misto:	
• diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
• rimborso	35% min. 600 euro
Ticket diverso da intramoenia	100%
Parto non cesareo anche domiciliare	
Condizioni:	
- Diretta/rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
Trapianti	Come previsto al punto A
Ricovero per trattamenti fisioterapici	1 volta all'anno max 7 gg.
Ricovero domiciliare per malattia terminale	110 euro al gg max. 60 gg
Materiale intervento	scoperto 30%
Pre/post	90 gg / 120 gg (90 gg/180 gg in caso di trattamenti di malattie oncologiche)
Sub massimali (*)	
Parto cesaero	5.200 euro
Aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico	2.100 euro
Parto non cesareo anche domiciliare	550 euro
Limite Robot	3.000 euro per l'utilizzo del robot
Interventi ricostruttivi	5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
Spese Accompagnatore	60 euro al giorno per 20 giorni
Trasporto malato	520 euro
- Con eliambulanza	2.600 euro
- All'estero con eventuale accompagnatore	1.600 euro
Rimpatrio salma	2.100 euro
Indennità sostitutiva	80 euro al gg per 100 gg
Neonati	fino a 1 anno, con il massimo assoluto di 30.000 euro

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza intervento"

Opzione	Massimali/somme assicurate -
---------	------------------------------

	rischio.
Obblighi dell'impresa	<p>Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a:</p> <p>a) Regime di assistenza diretta</p> <p>- garantire la presa in carico della richiesta se effettuata con 48 h di preavviso</p> <p>b) Regime rimborsuale</p> <p>- mettere in pagamento l'indennizzo (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Pur annuo e indivisibile, è frazionato in modo mensile e deve essere pagato in anticipo, come riportato sul certificato di polizza. Le somme assicurate e i premi non sono indicizzati. Il premio comprende l'imposta. Il premio è versato dal Contraente a Intesa Sanpaolo RBM Salute con bonifico bancario.
Rimborso	Non è previsto il rimborso del premio perché, se in corso d'anno si perdono i requisiti per beneficiare della copertura assicurativa, le garanzie operano fino alla prima scadenza utile.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>L'assicurazione dura 1 anno e ha effetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalle ore 00 del giorno 01.01.2022 se il premio o la rata di premio sono stati pagati - altrimenti dalle ore 00:00 del giorno del pagamento <p>La copertura scade alle ore 24.00 del 31.12.2022. Se non è disdettata alla scadenza, l'assicurazione è tacitamente prorogata per 1 anno e così di seguito per le successive scadenze. La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).</p>
Sospensione	<p>Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.</p> <p>Le successive scadenze devono comunque essere rispettate (Art. 1901 del Codice civile). Scaduti i termini, con raccomandata Intesa Sanpaolo RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.</p>

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Dopo la stipula il contraente non può recedere.
Risoluzione	Oltre quelli previsti dalla legge, non sono previsti casi, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Il prodotto si rivolge a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • socio e/o correntisti, titolare e/o contitolare di contratti bancari stipulati con delle Banche aderenti ad Assicura Agenzia, associati a PREVISALUTE • relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare a fronte del versamento di un 	

premio aggiuntivo
Tutti gli Assicurati devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal contratto, è pari:

- o al 15% del premio imponibile per le tariffe legate ai soci
- o al 21% del premio imponibile per le tariffe legate ai correntisti

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami sul contratto o un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati all'Ufficio Reclami di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. a scelta:</p> <ul style="list-style-type: none">- compilando on line il modulo (https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html)- per posta, ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)- per fax: 0110932609- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com <p>Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none">- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità- numero di pratica- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.</p> <p>Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, 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>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Con l'assistenza necessaria di un avvocato, puoi interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98) al fine di raggiungere un accordo tra le parti.</p> <p>Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.</p> <p>La richiesta di mediazione può essere inviata a: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Ufficio Reclami Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)</p> <p>oppure all'indirizzo mail: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato a Intesa Sanpaolo RBM Salute.</p> <p>La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione di procedibilità per poter agire giudizialmente.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</p>

controversie	
--------------	--

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE/ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria Rimborso
Spese Mediche per i Soci e
Correntisti di Banche
aderenti ad Assicura
Agenzia S.r.l. associati a
PREVISALUTE
Convenzione 100883

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

*Prima della sottoscrizione
leggere attentamente
le condizioni di assicurazione*

MODELLO FI 2569
Edizione 03/2022

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 269.000.000 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.



SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 44:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 - Informazioni generali** - da pag. 8
- **Capitolo 2 - Condizioni assicurative** - da pag. 11

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 18
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 30
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 32

SEZIONE III

- **Capitolo 1 – ComfortSalute®**

ALLEGATI

- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)
- Grandi Interventi Chirurgici
- Tariffario Odontoiatrico

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Per rendere più chiare le Condizioni di assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del contraente o dell'assicurato

Box verde: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Agenzia: Assicura Agenzia S.r.l., intermediario di assicurazione iscritto alla Sez. A del Registro Unico Intermediari (RUI).

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione.

Tutti gli Assicurati devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale

Assicurazione: contratto con il quale Intesa Sanpaolo RBM Salute copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza infermieristica: assistenza offerta da personale fornito di specifico diploma.

Associato: soci e/o correntisti, titolari e/o contitolari di contratti bancari stipulati con delle Banche aderenti ad Assicura Agenzia s.r.l. e clienti di Assicura Agenzia s.r.l., associati a Previsalute.

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

Cartella clinica: insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

Certificato di polizza: documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati dell'Associato, soggetti assicurati, ecc).

Compagnia: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Contraente: PREVISALUTE – Fondo Sanitario Aperto, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital/Day Surgery: ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Day Service ambulatoriale: modalità di assistenza alternativa al modello ambulatoriale, effettuata presso Istituti di cura, che non comporta ricovero, nemmeno diurno, finalizzato alla gestione di casi clinici la cui soluzione richiede l'erogazione di indagini cliniche e strumentali plurime e multidisciplinari anche complesse.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere/Interventi chirurgici odontoiatrici:** singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post e, per gli interventi chirurgici odontoiatrici, implantologia post-chirurgica).
Data evento: data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
Data evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.
Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.
- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.
Data evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assicurato, durante il ricovero.

Indennizzo: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro, coperto dalle presenti CDA.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate.

Intervento chirurgico: provvedimento terapeutico che viene attuato con manovre manuali o strumentali, cruento, eseguito anche senza ricovero presso le strutture sanitarie.

Intervento chirurgico concomitante: ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.

Non sono istituto di cura:

- gli stabilimenti termali
- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA)
- istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

Lungodegenza: ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata. Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS¹).

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri

¹ Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.previsalute.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare: Il titolare, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente², i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale).

Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati.

Polizza: contratto di assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve a Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Protesi acustica (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime misto: regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede ad Istituti di cura convenzionati del Network e riceve prestazioni mediche da medici non convenzionati.

Regime rimborsuale: regime per cui Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva

² Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

Rimborso: la somma che Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro coperto dalle presenti CDA, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Sindrome influenzale di natura pandemica: sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile.

Si riportano degli esempi: SARS-Cov, Sars-Cov2, Mers-Cov, CoViD-19.

Singola adesione: rapporto che si instaura, nell'ambito della Polizza, tra Compagnia e Titolare (e altri componenti del suo Nucleo familiare, se inseriti) a seguito della sottoscrizione di un Piano sanitario. La singola adesione ha durata e scadenza proprie rispetto a quelle della Polizza, correlate alla scelta fatta dal Titolare in merito al piano sanitario, di cui riflette il contenuto con riferimento alle prestazioni fornite dalla Compagnia (ossia le stesse che Previsalute si è impegnata a fornire nell'ambito del Piano sanitario).

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

Sport professionistico / Gare professionistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Per ricoveri con intervento chirurgico il sub-massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Telemedicina: insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza.

Titolare: la persona fisica che, sottoscrivendo un piano sanitario con Previsalute, acquisisce lo stato di Assicurato nell'ambito della Polizza. Se, in sede di sottoscrizione del piano, il Titolare decide di estenderne gli effetti ai componenti del suo Nucleo familiare, anch'essi acquisiscono lo stato di Assicurati nell'ambito della Polizza.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza

Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995(fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento.

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista). Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le visite specialistiche erogate in modalità Telemedicina.

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007³.

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2020⁴

Patrimonio netto:	€ 367.891.567
di cui	
- capitale sociale:	€ 160.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 146.026.695,00
Indice di solvibilità ⁵ :	270%

Art. 3. Carenza contrattuale

La polizza prevede periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attiva la copertura assicurativa e pertanto non possono essere rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute.

La garanzia decorre:

- per gli infortuni, gli accertamenti di medicina preventiva, cure dentarie, garanzia pandemica dal momento in cui, ai sensi dell'art. 11.4, ha effetto l'assicurazione con riferimento alla singola adesione;
- per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia, dal **30°** giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 11.4 ha effetto l'assicurazione con riferimento alla singola adesione;
- per le prestazioni extraospedaliere conseguenti a malattia, dal **90°** giorno successivo al momento in cui, ai sensi dell'art. 11.4, ha effetto l'assicurazione con riferimento alla singola adesione;

³ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

⁴ I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

⁵ L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

- per il parto e per le malattie dipendenti da gravidanza o puerperio dal **271° giorno successivo** al momento in cui, ai sensi dell'art. 11.4 ha effetto l'assicurazione con riferimento alla singola adesione;
- per l'aborto terapeutico o spontaneo post-traumatico, la garanzia è operante – dal momento in cui, ai sensi dell'art. 11.4, ha effetto l'assicurazione con riferimento alla singola adesione – soltanto se la gravidanza ha avuto inizio in un momento successivo a quello di effetto dell'assicurazione con riferimento alla singola adesione.

A parziale deroga di quanto sopra, si conviene fra le Parti che i figli legittimi nati nel periodo intercorrente tra la data di adesione e l'inizio dell'efficacia delle prestazioni sono soggetti, per le malattie, all'eventuale residuo periodo di aspettativa della mamma.

Le norme di cui al presente articolo valgono anche nel caso di variazioni intervenute nel corso della presente polizza, alle diverse prestazioni (in caso di cambio della copertura assicurativa) e ai nuovi assicurati (in caso di inclusioni successive al momento dell'adesione come previsto dall'art. 13.2. "Inclusioni di nuovi familiari in corso d'anno").

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), di altra polizza, stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di carenza sopra riportati operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Esempio:

a) Assicurazione stipulata il 01/01/2022:

l'Assicurato che ha subito un intervento chirurgico in data 15/01/2022 non ha diritto ad alcun rimborso per la sussistenza di un periodo di carenza di 30 giorni;

b) Assicurazione stipulata il 01/01/2022

l'Assicurato che ha subito un intervento chirurgico in data 15/11/2022 ha diritto al rimborso entro i termini di polizza.

I periodi di carenza operano anche in caso di nuovi Assicurati.

Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 5. Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dal contratto.

Art. 6. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze⁶.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2021, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2022.

Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

Art. 7. Reclami

I Reclami su un Contratto o su un servizio assicurativo devono essere inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute secondo le modalità indicate nel sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com/Reclami.

⁶ Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Cosa si assicura

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Si specifica che le "algie" di qualsiasi natura (es. lombalgie, sciatalgie, cervicalgie) rappresentano dolori localizzati o sintomi, ma non "patologie". Non si considerano patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Assicurato deve inviare alla Compagnia non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Assicurato, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione⁷.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a Intesa Sanpaolo RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, Intesa Sanpaolo RBM Salute non è tenuta a pagare l'indennizzo. In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁸. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di

⁷ Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.

⁸ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

pagamento, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento⁹.

Art. 11. Decorrenza – Tacito rinnovo –Diritto di recesso

11.1 Decorrenza della Polizza

Il contratto di assicurazione tra Compagnia e Contraente ha durata annuale.

11.2. Tacito rinnovo della Polizza

Il contratto di assicurazione tra Compagnia e Contraente prevede il tacito rinnovo. In mancanza di disdetta esercitata dalla Compagnia o dal Contraente, che deve essere comunicata mediante lettera raccomandata o PEC almeno 60 giorni prima della scadenza originaria o prorogata della Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così per ogni successiva scadenza.

La disdetta alla Polizza, con riferimento alle adesioni raccolte nell'annualità di Polizza in cui viene esercitata la disdetta, produrrà però i propri effetti solo al termine dell'annualità assicurativa dell'ultima adesione alla Polizza. Ciò comporta per tali adesioni un periodo di ultrattività della Polizza.

Tuttavia, dalla data di scadenza rispetto alla quale è stata esercitata la disdetta, la Polizza non potrà più acquisire nuove adesioni e dovrà considerarsi chiusa.

Esempio:

31/12/2022 data di scadenza della Polizza per cui Compagnia o Contraente esercita disdetta entro i termini previsti.

Dopo il 31/12/2022 non è più possibile aderire alla Polizza, la quale per il meccanismo di ultrattività spenderà però i suoi effetti con riferimento alle adesioni in essere, per esempio sino 20/12/2023, giorno di scadenza dell'annualità assicurativa dell'ultima adesione raccolta entro la data di scadenza del 31/12/2022.

11.3. Diritto di recesso dalla Polizza

Non è possibile recedere dal contratto di assicurazione tra Compagnia e Contraente.

11.4 Decorrenza rispetto alla singola adesione

Salvo quanto stabilito dall'art. 3 "Carenza contrattuale", il contratto di assicurazione, con riferimento alla singola adesione, ha effetto:

- dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione del piano sanitario, salvo buon fine (SBF) dell'incasso del premio o della rata di premio alla scadenza convenuta.
- dalla nascita, per i figli legittimi, a condizione che: i) la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita; ii) sia già iniziata la decorrenza del

⁹ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

contratto di assicurazione con riferimento all'adesione del Titolare; iii) sia corrisposto il premio per Nucleo familiare.

La scadenza dell'adesione è al 01/01.

11.5 Tacito rinnovo della singola adesione

La durata dell'adesione è prorogata di un anno, e così per le successive scadenze salvi i casi di:

- cessazione della singola adesione, a seguito dell'avvenuta disdetta del piano sanitario sottostante;
- disdetta della Polizza esercitata dalla Compagnia o dal Contraente secondo quanto previsto dal precedente articolo 11.2.

Nel caso di disdetta del piano sanitario il Contraente si impegna a comunicare tale informazione alla Compagnia entro 1 giorno dalla scadenza annuale della singola adesione al piano sanitario.

Per effetto di disdetta, la singola adesione cessa alle ore 00:00 del giorno di scadenza annuale.

11.6 Diritto di recesso dalla singola adesione

Rispetto alla singola adesione non è possibile recedere dal contratto di assicurazione.

Art. 12. Pagamento del Premio - Anagrafica

12.1 Premio

Il Premio è versato dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario entro 15 giorni dall'incasso del contributo pagato dal Titolare al Contraente a seguito della sottoscrizione del piano sanitario.

Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno, secondo l'ammontare e la periodicità dei contributi incassati dal Contraente a seguito della sottoscrizione dei piani sanitari.

Posto che la scadenza dell'adesione è prevista al 01/01, il Premio del primo anno di copertura è determinato in base ai mesi effettivi di copertura.

L'ammontare del Premio varia e dei soggetti inseriti in copertura (il solo Titolare oppure anche il suo Nucleo familiare).

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive alle scadenze convenute, l'Assicurazione, con riferimento alle singole adesioni cui si riferisce tale inadempimento, è sospesa dalle ore 24:00 del 30° giorno dopo quello della scadenza di riferimento e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate¹⁰.

¹⁰ Art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice civile.

Scaduti i termini, dandone avviso la Compagnia può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.

12.2 Anagrafica

Il Contraente deve far pervenire alla Compagnia le Anagrafiche tramite tracciato informatico concordato.

In mancanza, la Compagnia non potrà prendere in carico richieste di Sinistro di soggetti la cui Anagrafica non sia stata trasmessa.

Art. 13. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

13.1 Inclusione di nuovi Assicurati in corso d'anno

Entro l'ultimo giorno di ogni mese, il Contraente comunica ad Intesa Sanpaolo RBM Salute le nuove adesioni.

Per le inclusioni avvenute nel corso dell'anno solare/assicurativo, il premio viene calcolato in 12esimi, in base alle mensilità che intercorrono dal momento dell'adesione alla scadenza del periodo assicurativo.

Il mese di adesione, a prescindere dal giorno di adesione, viene calcolato per intero.

13.2 Inclusione di nuovi familiari in corso d'anno

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della presente copertura assicurativa non è consentita. Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare (es. matrimonio), la copertura opera nei confronti dei nuovi Assicurati dal 01.01 dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la variazione

L'inclusione in corso d'anno è consentita solo per i neonati, se corrisposto un premio per il Nucleo familiare.

Tale inclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo RBM Salute **entro 30 giorni** dalla nascita. La copertura opera dalla data della nascita.

13.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

L'esclusione in corso d'anno può avvenire per perdita della qualifica di Socio o correntista delle Banche aderenti ad Assicura Agenzia su richiesta dell'Assicurato.

La copertura opera fino alla prima scadenza utile.

13.4 Regolazione premio

Oltre a quanto previsto all'art. 12.2 "Anagrafica":

- **entro 30 giorni dalla** ricezione dell'anagrafica definitiva, si procede alla regolazione contabile del premio dovuto alla data di decorrenza

- **entro 15 giorni** prima della scadenza delle singole quietanze delle rate di premio, si consegna la regolazione contabile del premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il premio relativo alla regolazione deve essere versato entro 30 giorni dal ricevimento del documento.

Se aumentano i nuclei familiari assicurati, il Contraente deve pagare la rata di rinnovo aumentata in base all'Anagrafica inviata alla Compagnia.

13.5 Categorie assicurate

- socio e/o correntisti, titolari e/o contitolari di contratti bancari stipulati con le Banche aderenti ad Assicura Agenzia s.r.l., associati a PREVISALUTE
- clienti di Assicura Agenzia s.r.l. associati a PREVISALUTE
- relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare a fronte del versamento di un premio aggiuntivo non rientranti tra le categorie di cui all'art. 25 "Persone non assicurabili".

Tutti gli Assicurati devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

L'adesione è assolutamente libera e si perfeziona su base volontaria.

Art. 14. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 15. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 16. Obblighi di consegna documentale

Prima di stipulare l'Assicurazione, è previsto l'obbligo di consegnare al Contraente la seguente documentazione

- a) DIP
- b) DIP Aggiuntivo
- c) Condizioni di Assicurazione
- d) Informativa Privacy (allegato 2)

La suddetta documentazione è l'unica rispetto alla quale la Compagnia si assume obblighi con riferimento alle prestazioni ivi indicate. La redazione di eventuali altri documenti (es. guide operative) verrà valutata ed eventualmente effettuata dalla Compagnia stessa, che non riconoscerà validità alcuna a documenti, relativi alla presente Assicurazione, predisposti da altri.

Art. 17. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
- modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, Intesa Sanpaolo RBM Salute consegna al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 18. Assicurazione per conto altrui

Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato¹¹.

Art. 19. Regime fiscale

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato da Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Art. 20. Foro Competente

Per le controversie

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale Intesa Sanpaolo RBM Salute
- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 21. Servizi "Segui la tua pratica" e "Home Insurance"

21.1. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS**.

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso
- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso

¹¹ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

c) eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

21.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Sul sito internet

Area riservata – CDA. Visualizzare le CDA (Area riservata – Condizioni di assicurazione, sezione “Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”, inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).

Web (www.previsalute.it)

Area riservata – Sinistri. Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso (“Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”)
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

App mobile “Citrus”

Con l'app mobile “Citrus®”, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.

Art. 22. Controversie: mediazione

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente¹².

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 23. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

¹² D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 24. Descrizione delle prestazioni Assicurate

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Si specifica che le “algie” di qualsiasi natura (es. lombalgie, sciatalgie, cervicalgie) rappresentano dolori localizzati o sintomi, ma non “patologie”. Non si considerano patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Assicurato deve inviare alla Compagnia non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Assicurato, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni



1.1. Ricoveri per Grandi Interventi Chirurgici (allegato 3) e Ricoveri per Gravi Patologie, Ricoveri con e senza Intervento Chirurgico, Day Surgery/Day Hospital, Intervento ambulatoriale

Prima del ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio (compresi i relativi onorari medici), visite specialistiche effettuati entro 90 giorni prima del ricovero o dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio; assistenza medica, ostetrica ed infermieristica;
- terapie, trattamenti fisioterapici e riabilitativi, medicinali;
- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento

- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- spese per materiale protesico e presidi terapeutici: scoperto del 30%
- le spese sostenute per l'utilizzo di robot verranno riconosciute entro il relativo sub-massimale
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)

Dopo il ricovero

- visite specialistiche, accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio tutti pertinenti alla patologia considerata;
- assistenza infermieristica domiciliare resa necessaria dalla non autosufficienza dell'Assicurato in conseguenza di intervento chirurgico, infortunio, ictus cerebrale o infarto cardiaco;
- le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi resi necessari da infortunio, da ictus cerebrale, da infarto cardiaco, dall'intervento chirurgico. Nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un Centro Medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare;
- trattamenti di malattie oncologiche; effettuati entro 120 giorni (180 giorni in caso di trattamenti per malattie oncologiche) dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Ricoveri per fisioterapia

A seguito di intervento chirurgico sono riconosciuti una volta all'anno per un massimo di 7 giorni.

Trapianti

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese dell'Assicurato per ricevere l'organo trapiantato.

Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.

Ricovero domiciliare per malattia terminale

In caso di ricovero domiciliare per malattia terminale, sono riconosciute le spese per l'assistenza domiciliare continuativa medica ed infermieristica fornita da idonee organizzazioni o strutture sanitarie all'uopo costituite e legalmente riconosciute.



1.2 Parto cesareo

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 “prima del ricovero”, “durante il ricovero” e “dopo il ricovero”, entro i relativi sub-massimali indicati in polizza.

Le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocèle, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto cesareo.



1.3 Aborto terapeutico o spontaneo o post-traumatico

Sono rimborsabili le sole spese del Ricovero indicate nella sezione “Durante il Ricovero” di cui al punto 1.1. del presente articolo, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al Ricovero.



1.4. Parto non cesareo anche domiciliare

Sono rimborsabili le sole spese del Ricovero indicate nella sezione “Durante il Ricovero” di cui al punto 1.1. del presente articolo, con esclusione delle spese sostenute nei giorni precedenti e successivi al Ricovero.

In caso di parto non-cesareo domiciliare sono rimborsabili le spese ostetriche ed infermieristiche.



1.5 Spese dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato che debba recarsi presso un Istituto di Cura per essere ricoverato ai sensi di Polizza: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute). Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Limite: 60,00 euro al giorno per 20 giorni.



1.6. Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per essere ricoverato ai sensi di Polizza, e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.

La scelta del mezzo per il trasporto spetta ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Qualora il Ricovero avvenga all'estero (mentre l'Assicurato è in viaggio oppure perché le strutture sanitarie in Italia non sono sufficientemente attrezzate per la complessità dell'intervento o per l'alta specializzazione richiesta dallo stesso), sono comprese anche le spese di viaggio in treno o aereo di linea, sostenute da un accompagnatore.

Limite: 520,00 euro

Trasporto con eliambulanza elevato a 2.600,00 euro

Trasporto Estero ed eventuale accompagnatore elevato a 1.600,00 euro



1.7. Rimpatrio della salma

Rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero durante il ricovero a seguito di malattia prevista dalla Polizza o di un infortunio previsto dalla Polizza.

Limite annuo: 2.100,00 euro.



1.8. Indennità sostitutiva

Nel caso in cui le spese sanitarie da ricovero siano a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale, l'Assicurato ha il diritto a richiedere alla Compagnia l'erogazione di una indennità che, sebbene calcolata sul numero di giorni di ricovero, è volta a supportarlo nel percorso di recupero della salute. Tale percorso inizia con il rientro dell'Assicurato a domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi.

L'importo dell'indennità è di 80 euro per ciascun giorno di ricovero fino a 100 giorni.

In caso di Day Hospital/Day Surgery l'indennità sostitutiva viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria.

1.9 Cure e Interventi chirurgici per malformazioni e Difetti fisici di Neonati



Sono oggetto di Indennizzo le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici dei neonati, sempre che siano rispettate tutte le seguenti condizioni:

- il neonato rientri all'interno del Nucleo familiare del titolare
- la nascita del neonato venga comunicata a Intesa Sanpaolo RBM Salute entro 30 giorni da quando è avvenuta
- le cure e gli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o difetti fisici del neonato siano effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro il limite di 30.000 euro.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta - Garanzia ricoveri

Massimale € 400.000,00

Sub-Massimale Garanzia Neonati € 30.000,00

Costo della prestazione in assistenza diretta € 10.000,00
Nessuno scoperto
Prestazione autorizzata € 10.000,00

2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini di polizza
- Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio, sono esclusi sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - a. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, quando previsto
 - b. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in proporzione alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

3. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 400.000,00 euro a nucleo.

Sub-massimale in caso di ricovero in regime rimborsuale o misto 100.000,00 euro

Sub-massimali annui a nucleo per

- parto cesareo (ed eventuali interventi concomitanti): 5.200 euro
- aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico: 2.100 euro
- parto non cesareo anche domiciliare: 550 euro
- interventi effettuati con chirurgia robotica: 3.000 euro per l'utilizzo del robot

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato.

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia 1.500 euro - in caso di Grandi Interventi 500 euro; nessuno scoperto/franchigia in caso di aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico; nessuno scoperto/franchigia e in caso di parto non cesareo anche domiciliare
- Regime rimborsuale: scoperto del 35% minimo 2.500 euro; in caso di aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico: scoperto del 35% minimo 600 euro; nessuno scoperto/franchigia in caso di parto non cesareo anche domiciliare
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: scoperto del 15%; in caso di aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico: nessuno scoperto/franchigia

Prestazioni in Regime misto:

- Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa gli onorari dei medici non convenzionati fino al **massimo indicato nei “Livelli di indennizzo applicati alle équipe non convenzionate”**
- rimangono i limiti previsti per il regime a rimborso al precedente paragrafo “Franchigie e scoperti”.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100.000,00

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 14.298,00 a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 100.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 20% minimo € 500,00

Indennizzo € 11.438,40 (€ 14.298,00 - 20%, perché lo scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

la presente garanzia copre le spese per una serie di esami di alta diagnostica e diagnostica strumentale standard.

1.1 Alta Diagnostica

- Risonanza magnetica nucleare;
- Doppler;
- TAC (con o senza mezzo di contrasto);



1.2 Diagnostica Strumentale Standard

- Ecocardiografia;
- Ecografia;
- Elettrocardiografia;
- Elettroencefalografia;



- Elettromiografia;

1.3 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta / Regime rimborsuale: 20% minimo 50 euro

2. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

2.1 Prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese in caso di visite specialistiche, con esclusione:

- delle visite odontoiatriche;
- delle visite ortodontiche;
- delle visite pediatriche.

Qualora venga effettuato e fatturato contestualmente alla visita specialistica un accertamento diagnostico diverso da quelli indicati al precedente punto 1 "Alta specializzazione", Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al rimborso della sola visita specialistica, rimanendo a carico dell'Assicurato l'ulteriore costo riportato in fattura.

Si precisa che il medico che prescrive la prestazione deve essere diverso dal medico erogatore. In caso contrario sarà tassativamente necessario allegare il referto per ciascuna prestazione svolta. Il referto non è necessario in caso di pagamento diretto.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: franchigia 30,00 euro per visita

Regime rimborsuale: scoperto 20% minimo 50,00 euro per visita

Se utilizzato il Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

3. PROTESI ANATOMICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

3.1 Prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce le spese per:

- l'acquisto di apparecchi protesici ortopedici sostitutivi di parti anatomiche;
- l'acquisto o il noleggio di carrozzelle ortopediche;
- l'acquisto di amplificatori acustici;
- il noleggio di apparecchiature per emodialisi;
- l'acquisto o il noleggio di erogatori portatili di ossigeno per la terapia di malattie bronco polmonari



5.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni elencate: 1.000,00 euro

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta/Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

4. LENTI/OCCHIALI

4.1. Prestazioni

sono indennizzate le spese per acquistare occhiali da vista, lenti da vista (con esclusione delle lenti a contatto e delle protesi sostitutive oculari) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista abilitato, per recuperare l'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi

- la richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno
- è necessario presentare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹³.

4.2 Regimi e condizioni di erogazione

¹³ D.Lgs 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni: 100,00 euro

Regimi di erogazione

Assistenza diretta
Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta/ Regime rimborsuale: nessuna franchigia/scoperto

C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. CURE DENTARIE

1.1. Prestazioni di implantologia

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

1.2 Avulsione (estrazione denti anche al di fuori di prestazione di implantologia)

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per prestazioni di avulsione (estrazione), effettuate anche al di fuori delle prestazioni di implantologia.

1.3 Altre cure dentarie

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per le prestazioni odontoiatriche di seguito riportate, **esclusivamente in regime di Assistenza Diretta, al netto delle franchigie previste nell'Allegato 4 "Tariffario Odontoiatrico"**

1.4. Prevenzione odontoiatrica

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce inoltre **solo in forma diretta nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno in un'unica soluzione:**

- Una visita specialistica odontoiatrica
- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale



Restano a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni quali ad esempio la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, ecc.

1.5. Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce solo in forma diretta nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno, le seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito d'infortunio:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: franchigia differenziata per prestazione

D) PREVENZIONE

1. PROGRAMMI DI PREVENZIONE – CHECK UP

- Intesa SanPaolo RBM Salute copre le spese relative ad accertamenti diagnostici a scopo preventivo
- L'Assicurato può effettuare 1 dei 7 pacchetti a scelta tra quelli previsti una volta l'anno, se sono trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto precedentemente prescelto
- Ciascun esame preventivo può essere effettuato solo in forma diretta nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno in un'unica soluzione
- Gli accertamenti sono erogati anche in assenza di prescrizione del medico curante o di un medico specialista.



1.1 Prevenzione Cardiovascolare

a) Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL

- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assicurato di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>)

Prima di compilare il questionario

- inserire i valori degli esami effettuati in precedenza, sussistendo una sola possibilità
- nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione
- non inserire dati non veritieri, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

1.2 Prevenzione Oncologica

a) Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- PSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

b) Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP – Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

1.3 Prevenzione Pediatrica

- prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni:
 - 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
 - 1 visita ai 4 anni
 - 1 visita ai 6 anni.

1.4 Prevenzione Oculistica

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)

- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus.

1.5 Prevenzione delle vie respiratorie

a) Prestazioni

- spirometria
- visita pneumologica

1.6 Prevenzione dermatologica

a) Prestazioni

- per controllare le lesioni neviche e verificare che non ce ne siano di sospette
- visita dermatologica (con epiluminescenza o videodermatoscopia).

1.7 Prevenzione otorinolaringoiatrica

a) Prestazioni

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

E) COPERTURA PANDEMICA

1. Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di ricovero dell'Assicurato, con o senza intervento chirurgico, presso

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida un'indennità di 50,00 euro per i primi 15 giorni di ricovero e 25,00 euro per i successivi, fino a massimo 30 giorni (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità non è riconosciuta per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura di cui sopra.

Esempio:
Ricovero in struttura ospedaliera del S.S.N. per 10 giorni

2. Indennità da convalescenza post ricovero in terapia intensiva per la cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di ricovero in terapia intensiva dell'Assicurato presso



- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida un'indennità da convalescenza (prescritta al momento delle dimissioni) una tantum di 2.500,00 euro (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 25. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. le conseguenze dirette di infortuni, malattie, malformazioni e stati patologici anteriori alla decorrenza della garanzia
2. gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
3. gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill"
4. infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
5. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo
6. cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
7. trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
8. Ricoveri in lungodegenza

9. la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia)
10. gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
11. le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero"
12. le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini
13. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale
14. ricoveri impropri
15. l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla decorrenza della garanzia. L'esclusione non vale per i nati in corso di garanzia entro il primo anno di età secondo quanto previsto all'art. 23 "Neonati" delle CGA
16. infertilità, sterilità maschile e femminile, impotenza
17. le malattie mentali e disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici e sindromi organiche cerebrali
18. gli infortuni derivanti da sport aerei o da partecipazione a corse/gare motoristiche e alle relative prove di allenamento (salvo che si tratti di gare di regolarità pura);
19. gli infortuni e le intossicazioni conseguenti a ubriachezza, ad abuso alcolici e di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti o allucinogeni o simili
20. gli infortuni derivanti/correlati, direttamente o indirettamente, da contaminazione biologica e/o chimica a seguito di atti terroristici di qualsiasi genere
21. l'aborto volontario non terapeutico
22. le prestazioni aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica o stomatologia ricostruttiva resi necessari da infortunio), dietologiche e fitoterapiche
23. gli stati patologici correlati all'infezione da HIV
24. l'acquisto, la manutenzione e riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto diversamente previsto dalla lett. G dell'art. 13 "Oggetto dell'Assicurazione
25. le malattie professionali di cui al DPR n° 336/94 e successive modificazioni
26. le conseguenze di atti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato
27. le conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, ed accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare), isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc., salvo le lesioni subite come paziente per applicazioni radioterapiche
28. le conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche
29. le conseguenze di partecipazione ad imprese di carattere eccezionale (spedizioni esplorative o artiche, himalayane o andine, regate oceaniche, sci estremo e simili)
30. le conseguenze di atti di temerarietà compiuti non per solidarietà umana o per legittima difesa
31. le conseguenze dirette o indirette di infortuni e malattie riconducibili a soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività (HIV), sindromi organiche cerebrali, forme maniaco depressive, stati paranoici o sindromi da immunodeficienza acquisita (AIDS)

32. le conseguenze dirette od indirette di pandemie, salvo quanto previsto dalla garanzia pandemica.

Art. 26. Persone non assicurabili

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 75 anni.

Per gli Assicurati già in copertura al raggiungimento del 75° anno di età, la copertura può essere rinnovata fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'Assicurato raggiunga l'80° anno di età. E' possibile estendere il piano fino a 85 anni solo nel caso in cui la persona sia in copertura da almeno 7 anni continuativi. In caso di disdetta della singola adesione dopo il 75° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Art. 27. Patologie pregresse

Sono escluse dall'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.

Tuttavia, nel caso di rinnovo continuativo del contratto, a partire dal 6° anno, sarà prevista la copertura delle patologie preesistenti note all'Assicurato al momento dell'adesione. La copertura per tali patologie, per le prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura, sarà prestata alle seguenti condizioni:

- per i primi 2 anni successivi al primo quinquennio (sesto e settimo anno di copertura), **rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per ulteriori 2 anni (ottavo e nono anno di copertura), **rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile;**
- per gli anni successivi (dal decimo anno di copertura in poi), **rimborso del 75% dell'importo rimborsabile/liquidabile.**
- Non è prevista la corresponsione di indennità nei casi in cui:
 - il ricovero per l'accertamento della Sindrome influenzale pandemica sia avvenuto prima della decorrenza della polizza
 - l'accertamento della Sindrome influenzale pandemica sia avvenuto prima della decorrenza della polizza

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 28. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

28.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo¹⁴.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione di Intesa Sanpaolo RBM Salute, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (i.e., non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico curante ai fini della cura della patologia dell'assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

Regime rimborsuale

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prestazione eseguita in struttura convenzionata
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione

annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; assenza di materiale radiografico e foto

¹⁴ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

intraorali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio)

- non è stato indicato correttamente il beneficiario. Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere/interventi chirurgici odontoiatrici: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita, accertamento, risultato positivo, della presenza di Sindromi influenzali di natura pandemica;
- cure oncologiche, prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare Intesa Sanpaolo RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato

- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - o estremi del testamento
 - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - o indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - o non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Tali previsioni non operano relativamente all'indennità sostitutiva che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.

Prestazioni intramoenia

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa.

Non sono ammesse fatture in acconto relative a prestazioni non ancora eseguite.

Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

In regime di Assistenza Diretta, nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla polizza. L'Assicurato è tenuto a restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, a restituire l'intera somma pagata dalla

Compagnia alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se la Compagnia non aveva ancora provveduto al pagamento.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

28.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta o mista

a) Prima della prestazione

L'Assicurato deve:

- procurarsi tutta la documentazione prevista, se richiesta dalle presenti CDA, per eseguire la prestazione in regime di Assistenza diretta (es. prescrizione medica con indicazione della patologia);
- selezionare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione, tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa. Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.it o tramite App mobile.
- contattare autonomamente la struttura del Network selezionata e prenotare la prestazione da eseguire. Si richiede all'Assicurato di fare in modo che la data della prestazione sia fissata almeno 9 giorni dopo la prenotazione, per le prestazioni ospedaliere, e 5 giorni dopo la prenotazione per le prestazioni extraospedaliere e le prestazioni dentarie;
- chiedere alla Compagnia l'autorizzazione all'erogazione della prestazione prenotata, allegando tutta la documentazione prevista (in caso di telefonata, gli operatori indicheranno all'Assicurato come inviare la documentazione). La richiesta può essere avanzata attraverso:
 - app mobile
 - portale web
 - numeri telefonici dedicati: - **800.99.17.85** da telefono fisso e da telefono cellulare (numero verde); - **+ 39 0422.17.44.235** per chiamate dall'estero

La Compagnia necessita di almeno 48 ore per valutare la richiesta e pertanto, se contattata per tempo, garantisce di fornire la risposta alla richiesta almeno 7 giorni (di calendario) prima della data della prestazione, in caso di prestazioni ospedaliere, e 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione, in caso di prestazioni extraospedaliere e prestazioni dentarie.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo e la richiesta perviene alla Compagnia nei 7 giorni precedenti alla data della prestazione, in caso di prestazioni ospedaliere, o nei 3 giorni precedenti alla data della prestazione, in caso di prestazioni extraospedaliere e prestazioni dentarie, la Compagnia proverà comunque a fornire risposta alla richiesta, purché questa sia pervenuta entro e non oltre le 48 ore lavorative precedenti alla data della prestazione prenotata. In tal caso la risposta, se fornita, non potrà essere garantita dalla Compagnia nei termini di preavviso sopra indicati (7 giorni e 3 giorni prima della data della prestazione, a seconda dei casi).

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'autorizzazione per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche e terapie); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Dati da fornire

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione
- prestazione da effettuare
- data della prestazione
- diagnosi o quesito diagnostico.

L'Assicurato potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.previsalute.it o tramite App mobile.

Documenti da trasmettere

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata:
- **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
 - prestazioni diverse da quelle sopra indicate: la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione**; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**

Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione (sanitaria)

- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.

- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
- **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- **per escludere la presenza di patologie preesistenti:** certificato anamnestico e relativi referti

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Come trasmettere i documenti:

- da portale web www.previsalute.it cliccando su "accedi alle tue prestazioni" o con l'app mobile
- per mail: assistenza.previsalute@previmedical.it

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Compagnia abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmessa all'Assicurato **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno dell'sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

E' data l'opportunità agli Assicurati, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Intesa Sanpaolo RBM Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@intesasampaolorbmsalute.it

b) Mancata attivazione della Centrale Operativa

Se l'Assicurato ha effettuato una prestazione presso una struttura sanitaria convenzionata senza prima chiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa non è riconosciuto il rimborso della prestazione.

c) Dopo l'esecuzione della prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali prestazioni non contemplate dalla Condizioni di Assicurazione).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura convenzionata della fattura e della documentazione medica richiesta all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (ad esempio la cartella clinica).

d) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero)

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

- l'Assicurato o altro soggetto legittimato può chiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato o altro soggetto legittimato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa (per mail assistenza.previsalute@previmedical.it) allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

La valutazione finale sulla effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Centrale operativa; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione.

La procedura d'urgenza non può essere attivata per ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es. franchigie e scoperti).

28.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea, b) on line**. In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.

- le prestazioni devono

- essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni**: se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**.
- **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**
- **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**
- **essere fatturate** da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, Intesa Sanpaolo RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

a) **Richiesta di rimborso cartacea**

Per ottenere il rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.intesasanpaolorbmsalute.com sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo RBM Salute prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

1. **documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta**. L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere.
3. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.**, in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale

5. in caso di **infortunio** devono essere presentati anche:

- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo.**

In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

6. **per escludere la presenza di patologie preesistenti:** certificato anamnestico e relativi referti

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:
INTESA SANPAOLO RMB SALUTE presso PREVIMEDICAL
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (<https://webab.previmedical.it/arena-fusion/login.html#/>) Gestisci la tua polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi – Area Riservata – sinistri)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che Intesa Sanpaolo RBM Salute considera equivalente all'originale. Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta: se si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- Intesa Sanpaolo RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve

- restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici

- oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

c) Penale a tutela del Servizio

1) Prestazioni Ospedaliere

Tempo Massimo di Rimborso: 30 giorni lavorativi dalla data di arrivo della richiesta dell'Assicurato (data protocollo). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari allo 0,025% del rimborso spettante all'Assicurato per le prestazioni ospedaliere effettuate per ogni giorno di ritardo successivo al Tempo Massimo. Tale importo sarà liquidato direttamente all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assicurato.

Nota Bene: Il rimborso si intende concluso nel giorno della data liquidazione da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute (data chiusura pratica) I tempi bancari per l'accredito dell'importo rimborsato non rientrano nel livello di servizio garantito da Intesa Sanpaolo RBM Salute. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

2) Prestazioni sanitarie diverse dalla Ospedaliere

Tempo Massimo di Rimborso: 20 giorni lavorativi dalla data di arrivo della richiesta dell'Assicurato (data protocollo). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari allo 0,05% del rimborso spettante all'Assicurato per le prestazioni ospedaliere effettuate per ogni giorno di ritardo successivo al Tempo Massimo. Tale importo sarà liquidato direttamente all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assicurato.

Nota Bene: Il rimborso si intende concluso nel giorno della data liquidazione da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute (data chiusura pratica). I tempi bancari per l'accredito dell'importo rimborsato non rientrano nel livello di servizio garantito da Intesa Sanpaolo RBM Salute. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

Sezione III

CAPITOLO 1 - ComfortSalute®



1. SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Se per infortunio o malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato **la documentazione clinica**.

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. CARD ELETTRONICA (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE – PREVIMEDICAL)

È a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network sanitario. L'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati che aderiscono al circuito Card si trova sul sito www.previmedical.it o può essere chiesto per telefono alla Centrale Operativa. La Card è nominativa e si può scaricare dall'app mobile.

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli¹⁵:

Art. 9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 10 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 11 - Decorrenza – Tacito rinnovo – Diritto di recesso

Art. 12 - Pagamento del Premio - Anagrafica

Art. 15 - Forma delle comunicazioni

Art. 20 - Foro competente

Art. 25 - Esclusioni

Art. 26 - Persone non assicurabili

Art. 28 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.a.

¹⁵ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.

Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Massimale	400.000 euro
Sub Massimali	
Ricoveri in forma indiretta e in forma mista	100.000 euro
Ricovero per Grandi Interventi, Ricoveri per Gravi Patologie, Ricovero con/senza intervento, Day Surgery/Day Hospital e Parto Cesareo	
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 1.500 euro - in caso di grandi interventi 500 euro
- rimborso	35% min. 2.500 euro
- misto:	
• diretta	Franchigia 1.500 euro - in caso di grandi interventi 500 euro
• rimborso	35% min. 2.500 euro
Ticket diverso da intramoenia	15%
Aborto terapeutico o spontaneo post -traumatico	
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
- rimborso	35% min. 600 euro
- misto:	
• diretta	Nessuno scoperto e/o franchigia
• rimborso	35% min. 600 euro
Ticket diverso da intramoenia	100%
Parto non cesareo anche domiciliare	
Condizioni:	
- Diretta/rimborso	Nessuno scoperto/franchigia
Trapianti	Come previsto al punto A
Ricovero per trattamenti fisioterapici	1 volta all'anno max 7 gg.
Ricovero domiciliare per malattia terminale	110 euro al gg max. 60 gg
Materiale intervento	scoperto 30%
Pre/post	90 gg / 120 gg (90 gg/180 gg in caso di trattamenti di malattie oncologiche)
Sub massimali (*)	
Parto cesareo	5.200 euro
Aborto terapeutico o spontaneo o post traumatico	2.100 euro
Parto non cesareo anche domiciliare	550 euro
Limite Robot	3.000 euro per l'utilizzo del robot
Spese Accompagnatore	60 euro al giorno per 20 giorni
Trasporto malato	520 euro
- Con eliambulanza	2.600 euro
- All'estero con eventuale accompagnatore	1.600 euro
Rimpatrio salma	2.100 euro
Indennità sostitutiva	80 euro al gg per 100 gg
Neonati	fino a 1 anno, con il massimo assoluto di 30.000 euro

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento"

ALLEGATO 2: INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L' "INFORMATIVA") E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Regolamento sulla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (di seguito il "Regolamento") contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. La presente Informativa ne recepisce le previsioni.

SEZIONE 1 - IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., con sede legale in Via A. Lazzari n.5, 30174 Venezia – Mestre (VE), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche la "Società" o il "Titolare") tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le finalità indicate nella Sezione 3. Per ulteriori informazioni può visitare il sito Internet di Intesa Sanpaolo RBM Salute www.intesasanpaolorbmsalute.com e, in particolare, la sezione "Privacy" con tutte le informazioni concernenti l'utilizzo ed il trattamento dei Dati Personali.

SEZIONE 2 - DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Intesa Sanpaolo RBM Salute ha nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "*Data Protection Officer*" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 7 della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail: privacy@intesasanpaolorbmsalute.com

SEZIONE 3 - CATEGORIE DEI DATI PERSONALI, FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Categorie di Dati Personali

I Dati Personali che la Società tratta sono dati anagrafici, dati di contatto, dati relativi al nucleo familiare, dati di polizza, dati relativi ad eventuali sinistri che La riguardano, dati bancari per la liquidazione dei sinistri, altri dati personali da Lei forniti, nonché dati classificati dall'art. 9.1 del Regolamento come "categorie particolari", quali:

- a) dati relativi allo stato di salute;
- b) dati riportati in prescrizioni e referti medici, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici;
- c) dati relativi alle prestazioni assicurative effettuate a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Inoltre, nell'ambito della gestione di eventuali reclami e contenziosi, potranno essere trattati dati multimediali (es. registrazioni delle telefonate intercorse).

Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che la riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi¹ (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

¹ Ad esempio, intermediari assicurativi, contraenti di polizze collettive o individuali in cui lei risulti assicurato, eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, di trasferimento della posizione

a) Erogazione di servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per fornirLe i servizi e/o prodotti previsti dagli eventuali contratti assicurativi di cui è parte o da misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (tra cui lavorazione delle richieste di rimborso delle prestazioni effettuate, accertamenti amministrativi e controlli sanitari, liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e in convenzione diretta).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

In relazione a tale finalità, il trattamento di dati particolari (tra cui dati idonei a rilevare le Sue condizioni di salute e dati relativi alla prestazione sanitaria ricevuta) potrà essere effettuato solo con il suo consenso, il cui rifiuto può comportare l'impossibilità per la Società di adempiere a quanto richiesto (art. 6.1 lett. a) del Regolamento).

b) Comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra l'Interessato e il Titolare e avvisi

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per favorire l'eventuale invio di avvisi e comunicazioni tra Lei ed e il Titolare, sempre nell'ambito dell'esecuzione di eventuali contratti assicurativi. Il conferimento di tali dati (es. indirizzo di posta elettronica o numero di telefono) sarà facoltativo.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per consentirLe la registrazione all' "Area riservata" del sito internet del Titolare e/o l'accesso direttamente tramite le App per dispositivi mobili (FeelUp e Citrus). Tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite (anche tramite notifiche push, qualora attivate, potranno essere inviate informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, estratti conto dei sinistri).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite Area riservata o App dal suo smartphone nell'ambito dell'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

d) Adempimento agli obblighi di legge connessi all'esecuzione dei contratti assicurativi

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione di contratti assicurativi di cui Lei sia parte, tra cui prescrizioni della normativa antiterrorismo, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi, per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso) oppure, infine, per la verifica della conformità aziendale a leggi e regolamenti nazionali e sovranazionali.

I suoi dati potranno inoltre essere trattati per la gestione di eventuali reclami (ricezione del reclamo, trattazione, registrazione all'interno di apposito Registro, predisposizione della risposta ed invio della stessa).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per adempiere ad obblighi di legge.

previdenziale, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze dell'Ordine e altri soggetti pubblici

e) Estensione della polizza assicurativa a favore di altri Assicurati

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati e quelli di suoi familiari verranno trattati al fine estendere la copertura assicurativa a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto.

In tale contesto potrebbe essere richiesto il conferimento di categorie particolari di dati (dati idonei a rivelare lo stato di salute, referti medici, ecc.) relativi a Lei o a Suoi familiari. Tale conferimento è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma i dati forniti potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

f) Sviluppo del Business e gestione del rischio assicurativo della Società

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per sviluppare il Business e gestire il rischio della Società. I suoi dati potranno altresì essere trasmessi all'interno del Gruppo imprenditoriale per finalità amministrative. Inoltre, il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario al fine di:

- gestire eventuali contenziosi;
- perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi, tra cui la verifica dei reclami su base statistica e la registrazione delle telefonate con Lei intercorse. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati è effettuato in base al legittimo interesse del Titolare (art. 6.1 lett. f) del Regolamento.

SEZIONE 4 - CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI PERSONALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

a) Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.

b) Soggetti Terzi (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:

- Previmedical S.p.A.;
- Società di mutuo soccorso;
- Compagnie di assicurazione e Broker;
- Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
- Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
- Fondi o casse sanitarie;
- Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
- Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
- Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;
- Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/organizzativa);
- Istituti bancari

c) Autorità (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc...) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

Le Società ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari

del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso o 4) incaricati da parte del Titolare come soggetti autorizzati al trattamento di tali dati.

Il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati, e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento ex art. 28 del Regolamento.

SEZIONE 5 - TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE FUORI DALL'UNIONE EUROPEA

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

SEZIONE 6 - MODALITÀ DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I Suoi Dati Personali sono conservati, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui lei è parte; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo. I Dati Personali potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo email privacy@intesasanpaolorbmsalute.com. Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa.

Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese dalla Società, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente. Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, la Società potrà addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

1. Diritto di accesso

Lei potrà ottenere dalla Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati etc. Qualora i Dati Personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, Lei ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate relative al trasferimento. Se richiesto, la Società Le potrà fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie la Società potrà addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalla Società in un formato elettronico di uso comune.

2. Diritto di rettifica

Lei potrà ottenere dalla Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.

3. Diritto di cancellazione

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali, se sussiste uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, qualora i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il consenso su cui si basa il

trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento.

La informiamo che la Società non potrà procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali: qualora il loro trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

4. Diritto di limitazione di trattamento

Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio: a fronte di una Sua contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali oggetto di trattamento o qualora i Suoi Dati Personali le siano necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento.

5. Diritto alla portabilità dei dati

Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà:

- richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet);
- trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società.

Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalla Società direttamente ad un altro soggetto titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò sia tecnicamente fattibile per la Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.

6. Diritto di opposizione

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione).

Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.

7. Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali

Fatto salvo il Suo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente.

SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui dati relativi allo stato di salute e alla prestazione sanitaria ricevuta), utilizzati esclusivamente per l'attività assicurativa e liquidativa che la riguarda (es. lavorazione delle richieste di rimborso dei controlli sanitari effettuati), è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza di consenso.

Allegato 3: Elenco Grandi Interventi Chirurgici

CHIRURGIA GENERALE

COLLO

Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale;

Resezioni e plastiche tracheali;

Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale.

ESOFAGO

Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale; Resezione di diverticoli dell'esofago toracico con o senza miotomia;

Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale;

Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco-laparo- cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia;

Esofagogastropastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonoplastica;

Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia;

Esofagectomia per via toracoscopica;

Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago;

Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale;

Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracoscopica;

Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

TORACE

Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraclavare e/o mediastinica;

Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino;

Timectomia per via toracica o toracoscopica; Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie;

Pleurectomie e pleuropneumonectomie;

Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica; Resezioni bronchiali con reimpianto;

Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche;

Toracoplastica: I e II tempo;

Exeresi per tumori delle coste o dello sterno.

PERITONEO

Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE

Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica;

Gastrectomia totale con linfadenectomia;

Interventi di riconversione per dumping syndrome;

Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias;

Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias;

Resezione intestinale per via laparoscopica.

COLON - RETTO

Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica;

Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia;

Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica;

Resezione rettocolica con anastomosi colo- anale per via tradizionale o laparoscopica;

Proctocolectomia con anastomosi ileo-ale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica; Amputazione del retto per via addomino-perineale;
Microchirurgia endoscopica transanale;
Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica.

FEGATO E VIE BILIARI

Resezioni epatiche maggiori e minori;
Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale;
Colecistectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria;
Anastomosi bilio-digestive; Reinterventi sulle vie biliari; Chirurgia dell'ipertensione portale
a)interventi di derivazione
- anastomosi porto-cava;
- anastomosi spleno-renale;
- anastomosi mesenterico-cava;
b)interventi di devascularizzazione
- legatura delle varici per via toracica e/o addominale;
- transezione esofagea per via toracica;
- transezione esofagea per via addominale;
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale;
- transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica.

PANCREAS – MILZA - SURRENE

Duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia;
Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia;
Derivazioni pancreato-Wirsung digestive;
Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas.

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare;
Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese);
Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale;
Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore;
Resezione del mascellare superiore per neoplasia;
Resezione della mandibola per neoplasia;
Ricostruzione della mandibola con innesti ossei;
Ricostruzione della mandibola con materiale allo plastico.

CARDIOCHIRURGIA

Ablazione transcatetere;
Angioplastica coronarica;
By-pass aorto-coronarico;
Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia;
Commissurotomia per stenosi mitralica;
Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci;
Pericardiectomia totale;
Resezione cardiaca;
Sostituzione valvolare con protesi; Sutura del cuore per ferite;
Valvuloplastica.

NEUROCHIRURGIA

Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali;
Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia;
Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo;
Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia;

Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia;
Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale;
Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali;
Craniotomia per neoplasie endoventricolari;
Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria; Biopsia cerebrale per via stereotassica;
Asportazione di tumori orbitali per via endocranica;
Derivazione ventricolare interna ed esterna; Craniotomia per ascesso cerebrale;
Intervento per epilessia focale;
Cranioplastiche ricostruttive;
Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali;
Interventi per ernia discale toracica;
Interventi per ernia discale lombare;
Laminectomia decompressiva ed esplorativa;
Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari;
Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici.

CHIRURGIA VASCOLARE

Interventi sull'aorta toracica e/o addominale;
Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali);
Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali);
Interventi sulle arterie viscerali o renali;
Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali);
Interventi di rivascularizzazione extra-anatomici;
Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta;
Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo;
Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass;
Intervento per fistola aorto-enterica;
Interventi sulla vena cava superiore o inferiore;
Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale);
Trattamento dell'elefantiasi degli arti.

CHIRURGIA PEDIATRICA

Trattamento dell'atresia dell'esofago; Trattamento di stenosi tracheali; Trattamento di ernie diaframmatiche; Trattamento delle atresie delle vie biliari; Intervento per megacolon;
Intervento per atresia anale;
Intervento per megauretere.

CHIRURGIA ORTOPEDICA

Artrodesi grandi segmenti;
Artrodesi vertebrale per via anteriore;
Artroprotesi totale di ginocchio; Artroprotesi di spalla;
Artroprotesi di anca parziale e totale;
Disarticolazione interscapolo toracica;
Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino;
Emipelvectomy;
Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi;
Osteosintesi vertebrale;
Trattamento cruento dei tumori ossei.

CHIRURGIA UROLOGICA

Nefrolitotrissia percutanea (PVL);
Litotrissia extracorporea;
Nefrectomia polare;
Nefrectomia allargata;

Nefroureterectomia;
Derivazione urinaria con interposizione intestinale;
Estrofia vescicale e derivazione;
Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica;
Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale;
Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale;
Enterocistoplastica di allargamento;
Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica;
Prostatectomia radicale con linfadenectomia;
Plastiche per incontinenza femminile;
Resezione uretrale e uretrorrafia;
Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale.

CHIRURGIA GINECOLOGICA

Vulvectomia allargata con linfadenectomia;
Creazione di vagina artificiale;
Exenteratio pelvica;
Isterectomia radicale per via addominale con o senza linfadenectomia;
Isterectomia radicale per via vaginale;
Interventi sulle tube in microchirurgia;
Laparotomia per ferite o rotture uterine;
Isterectomia per via laparoscopica.

CHIRURGIA OCULISTICA

Vitrectomia anteriore e posteriore;
Trapianto corneale a tutto spessore;
Iridocicloretrazione;
Trabeculectomia;
Cerchiaggio per distacco di retina.

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

Parotidectomia con conservazione del facciale;
Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento;
Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare;
Asportazione tumori parafaringei;
Svuotamento funzionale o demolitivo del collo;
Chirurgia dell'otite colesteatomatosa;
Neurectomia vestibolare;
Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico;
Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico;
Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare;
Petrosectomia;
Laringectomia sopraglottica o subtotale;
Laringectomie parziali verticali;
Laringectomia e faringolaringectomia totale;
Exeresi fibrangioma rinofaringeo;
Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne.

Si considerano "GRANDI INTERVENTI" anche:

- il trapianto e l'espianto di organi
- ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione).

Allegato 4: Tariffario Odontoiatrico

Prestazione	Franchigia
CONSERVATIVA	
Sigillatura (per ogni dente)	€ 25,00
Cavità di 5 ^a classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 1 ^a classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 2 ^a classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 3 ^a classe di BLACK	€ 80,00
Cavità di 4 ^a classe di BLACK	€ 80,00
Incappucciamento della polpa	€ 37,00
Intarsio L.P. – Inlay od onlay	€ 250,00
Intarsio in ceramica	€ 300,00
Intarsio in composito	€ 200,00
Ricostruzione di angoli	€ 70,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 125,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 70,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 80,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 130,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 175,50
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 270,00
Ritrattamento monocalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 290,00
CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari	€ 259,00
Asportazione di epulide	€ 93,00
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, del palato, ecc.	€ 207,00
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 181,00
Frenulotomia o frenulectomia	€ 37,00
Biopsie (qualunque numero)	€ 52,00



PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 850,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 250,00
Gancio su scheletrato	€ 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 500,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 60,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 50,00
ORTOGNATODONZIA	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.000,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	€ 690,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 70,00
Bite notturno	€ 250,00
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA	
Levigatura delle radici/o courettage gengivale	€ 45,00
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 25,00
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 25,00
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 20,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	€ 120,00
Placca di svincolo	€ 217,00



Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 52,00
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 175,00
Gengivectomia per dente	€ 50,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 186,00
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 259,00
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 100,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	€ 326,00
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 388,00
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 434,00
Lembo gengivale semplice	€ 200,00
Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 260,00
DIAGNOSTICA	
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 16,00
Radiografia endorale per arcate	€ 42,00
Bite wings	€ 20,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 11,00
Ortopantomografia od ortopantomografica	€ 30,00
Teleradiografia	€ 42,00
Dentalscan 1 arcata	€ 181,00
Dentalscan 2 arcate	€ 259,00
Esame elettromiografico	€ 180,00
Esame Kinesiografico	€ 200,00

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
Tel.+39 041 2518798
info@intesasanpaolorbmsalute.com
comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Capitale Sociale € 269.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F. e n. Iscrizione Registro Imprese di Treviso-Belluno 05796440963, Partita Iva 11991500015, Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).