

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: UNICA - TERREMOTI

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 per prestazioni ospedaliere, soltanto se rese necessarie da infortunio conseguente a terremoti di magnitudo superiore a 5.0 localizzati in Italia dalla Rete Sismica Nazionale dell'INGV (Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia).



Che cosa è assicurato?

- ✓ Indennità sostitutiva ricoveri con o senza intervento e GIC: la Società corrisponde un'indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero;
- ✓ Post ricovero: la Società riconosce le spese post ricovero per accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi.



Che cosa non è assicurato?

- * La copertura assicurativa non opera anche in altri casi, come per esempio:
 - gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti,
 - gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
 - le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui l'aborto volontario non terapeutico) o dovute a cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza.



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?

- 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 alla Compagnia 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 alla Compagnia 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 alla Compagnia il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole)
- Se l'Assicurato vuole utilizzare una struttura convenzionata, o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato deve sempre usare il regime di assistenza diretta.



Quando e come devo pagare?

- Il premio è annuo ed indivisibile, ma ha un frazionamento mensile anticipato come riportato sul certificato di polizza.
- Il Contraente deve pagare il premio alla Compagnia con bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura dura 2 anni; decorre dalle ore 00.00 del 01/01/2022, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno dopo il pagamento; scade alle ore 24.00 del 31/12/2023
- Non è previsto il tacito rinnovo.



Come posso disdire la polizza?

- La presente copertura è senza tacita proroga e, pertanto, si intende automaticamente disdettata alla sua scadenza naturale.
- Sono previsti dei casi in cui il Contraente ha la facoltà di recedere dal contratto.

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: UNICA TERREMOTI

Ultima release 01/2022

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 escluse dal rimborso le spese relative a:

- 1) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo i seguenti interventi di chirurgia plastica:
 - interventi a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 3 anni;

	<ul style="list-style-type: none"> • interventi a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; • interventi a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) indennizzabili come da polizza;
2)	i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purché consentito dallo stato di salute dell'Assicurato;
3)	i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
4)	le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a: <ul style="list-style-type: none"> - abuso di alcolici; - uso di allucinogeni; - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
5)	dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;
6)	check-up clinici;
7)	agopuntura, salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari Base;
8)	prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness;
9)	psicoterapia salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari Base;
10)	le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
11)	le conseguenze di guerra, insurrezioni ed eruzioni vulcaniche;
12)	gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
13)	gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
14)	prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.




Ci sono limiti di copertura?


Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso della Società. Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse opzioni. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

AREA RICOVERI

Massimale A e B	€ 20.000,00 evento/nucleo, elevato a € 40.000,00 per GIC
A) Indennità Sostitutiva per ricovero con o senza intervento chirurgico S.S.N.	
Massimale	30 giorni per persona/evento
Ricoveri con o senza intervento	€ 80 al giorno
GIC	€ 160 al giorno

Pre/Post	al 100% - 90 gg./90 gg. elevati a 120 gg. in caso di GIC
B) Post ricovero in regime di intramoenia Condizioni	90 gg./90 gg. – elevati a 120 gg. in caso di GIC al 100% solo forma diretta

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute appena possono, per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la richiesta di indennizzo.
	Assistenza diretta/in convenzione: l'Assicurato può accedere alle prestazioni sanitarie e odontoiatriche del Network reso disponibile da Intesa Sanpaolo RBM Salute dopo aver attivato la Centrale operativa.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - fornire autorizzazione, alla richiesta completa e per la quale abbiano avuto esito positivo le verifiche tecnico-mediche-assicurative. A tal fine, pertanto, l'Assicurato dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 2 giorni (48 ore) lavorativi di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa. b) Regime rimborsuale - mettere in pagamento l'indennizzo all'Assicurato entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta di rimborso completa di tutta la documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Pur essendo annuo ed indivisibile, deve essere corrisposto con frazionamento mensile anticipato, come riportato sul certificato di polizza. Le somme assicurate ed 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	Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni con decorrenza dalle ore 00.00 del 01/01/2022, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento. La copertura scade alle ore 24.00 del 31/12/2023. La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento. 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.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	La facoltà di ripensamento del Contraente dopo la stipulazione non è prevista.
Risoluzione	<p>Oltre i casi di risoluzione previsti dalla legge, il Contraente ha facoltà di recedere immediatamente e senza oneri - mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno - al verificarsi di eventi che comprovino una situazione, ancorché preliminare, di instabilità finanziaria della Società quali:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) la mancata o insufficiente apposizione delle riserve tecniche; b) la mancata o insufficiente apposizione del margine di solvibilità; c) i provvedimenti di richiesta da parte di IVASS di predisposizione da parte della Società di un piano di risanamento finanziario per garantire il ripristino del proprio margine di solvibilità; d) la rilevazione da parte dell'IVASS di gravi perdite patrimoniali; e) l'attivazione dell'Amministrazione Straordinaria. <p>In tal caso le rate di premio non ancora versate non saranno dovute alla Società.</p> <p>E' altresì prevista la facoltà unilaterale di recesso del Contraente alla fine del primo anno di copertura in caso di manifesta inadeguatezza dello standard di servizio reso dalla Società rispetto al livello di servizio garantito che risulti comprovata dall'applicazione della penale ivi prevista nella sua misura massima.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è destinato a favore:

- Del personale del Gruppo UniCredit già assicurato dai piani sanitari Base resi disponibili da Uni.C.A
- dei rispettivi familiari, purché siano iscritti a Uni.C.A.

che intendono ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o malattia.



Quali costi devo sostenere?

Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.

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 controversie	<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>

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 per il il
Gruppo Unicredit S.p.A.
Associato a
Uni.C.A. Cassa Assistenza

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

*Prima della sottoscrizione leggere
attentamente le condizioni di assicurazione*

MODELLO FI 1349

Edizione 01/2022

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.



SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 22:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 – Norme che regolano il contratto in generale** - da pag. 4

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 9
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 11
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 13

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)

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 e sostanziale delle Condizioni di Assicurazione.

Ove non diversamente stabilito i termini e le definizioni di seguito elencati, contraddistinti con lettera iniziale maiuscola, hanno nelle Condizioni di Assicurazione il significato a ciascuno di essi attribuito in questo Glossario.

I termini indicati al singolare includono il plurale, e viceversa. I termini che denotano un genere includono l'altro genere, salvo che il contesto o l'interpretazione indichino il contrario.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Assistenza diretta: prestazioni convenzionate presso strutture/specialisti rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A. con pagamento diretto da parte della Compagnia alle strutture/specialisti convenzionati degli importi dovuti per le prestazioni ricevute dagli Assicurati.

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.)

Cassa/Fondo: Uni.C.A. Cassa Assistenza, Piazza Gae Aulenti n. 3, (Torre A) 20154 Milano, C.F. 97450030156; ha finalità assistenziale ed è abilitata¹ a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi

¹ Art. 51 "Determinazione del reddito di lavoro dipendente" del D.P.R. n. 917/1986.



CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria.

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

Contraente: Uni.C.A. Cassa Assistenza, iscritta all'Anagrafe dei Fondi Sanitari.

Day Hospital: La degenza in Istituto di cura che di norma si esaurisce in giornata a seguito di terapie mediche o prestazioni chirurgiche.

Equipe operatoria convenzionata: Ogni équipe operatoria - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A.

Indennizzo: la somma che la Compagnia deve all'Assicurato in caso di sinistro, coperto dalle presenti CDA.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili. Pertanto, affinché l'evento sia qualificabile come infortunio ai sensi di polizza devono ricorrere tre cause concomitanti:

- per fortuito si intende: frutto del caso, accidentale, non volontario, non prevedibile o inevitabile
- per "violento" si intende: intenso e capace di danneggiare (sono quindi escluse tutte le degenerazioni lente, come certe infiammazioni e gli sfilacciamenti)
- per "esterno" deve intendersi una "causa esogena e non interna al proprio corpo (stato patologico preesistente), ovvero un evento provocato da una forza esterna

Intervento chirurgico ambulatoriale: l'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero.

Magnitudo: nella maggior parte dei casi, la prima stima della magnitudo fornita dalla Sala Simica dell'INGV (Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia) di Roma è la magnitudo Richter o magnitudo locale ML. Per eventi di magnitudo maggiore di circa 3.5, se ci sono dati disponibili, si calcola il meccanismo focale con la tecnica del Time Domain Moment Tensor (TDMT, <http://cnt.rm.ingv.it/tdmt>) e si ottiene anche la Magnitudo Momento MW

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.



Nucleo familiare: l'intero nucleo familiare così come definito all'art. 5 "Categorie assicurate" delle Condizioni di Assicurazione (di seguito anche CDA).

Piano sanitario Base: la polizza malattia/infortuni sottoscritta dal Contraente a favore dell'Assicurato fra quelle sotto riportate:

- per il personale in servizio: Nuova Plus, Extra, Extra4, Extra5
- per il personale in quiescenza: Base, Base+, Standard, Plus, Extra, Over 85.

Premio: la somma che il Contraente deve alla Compagnia.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

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

Struttura sanitaria convenzionata: ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera - come sopra definita - rientrante nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A. L'elenco dei Centri Autorizzati è consultabile nella sezione "Strutture convenzionate" del sito internet www.unica.previmedical.it

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate presso Centri medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- o finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica
- o le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale e quelle effettuate al domicilio dell'Assicurato nei casi in cui quest'ultimo sia impossibilitato a muoversi.

Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale.



CAPITOLO 1 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007².

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Carenza

Non prevista.

Art. 3. Indicizzazione dei Premi e delle somme assicurate

I Premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 4. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto

Il diritto al pagamento delle rate di Premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze³.

Esempio: se la rata di Premio scade il 31 dicembre 2022, la Compagnia può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2023.

Gli altri diritti che derivano dall'Assicurazione si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

Art. 5. Categorie assicurate

È prevista l'adesione obbligatoria di:

- tutti i Titolari già assicurati dai Piani Sanitari BASE resi disponibili da Uni.C.A.
- dei rispettivi nuclei familiari, come identificati nella definizione di nucleo familiare, purché siano iscritti a Uni.C.A. e a condizione che siano già tutti assicurati ai Piani Sanitari BASE, previo pagamento del premio corrispondente.

Il Titolare del Piano Sanitario è considerato sempre come primo Assicurato.

² G.U. 255 del 2 novembre 2007

³ Art. 2952 "Prescrizione in materia di Assicurazione" del Codice civile



Art. 6. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

L'Assicurato deve 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'Assicurazione⁴.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre alla Compagnia 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 nei loro confronti dell'Assicurazione.

L'Assicurato deve comunicare alla Compagnia ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 7. Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

7.1 Decorrenza

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2022 se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

e scade alle ore 24:00 del 31/12/2023.

7.2 Tacito rinnovo

Il contratto non prevede il tacito rinnovo pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto."

7.3 Diritto di recesso

La facoltà di recesso del Contraente è prevista.

Art. 8. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del premio

8.1 Inclusione di Titolari in corso d'anno – Nuove assunzioni

La copertura per il dipendente decorre:

- **se l'assunzione è comunicata alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, entro 90 giorni dall'assunzione:** dal giorno dell'assunzione
- **se l'assunzione è comunicata alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, dopo i 90 giorni:** dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

Inclusioni nel primo semestre di copertura (che inizia dal momento della decorrenza dell'assicurazione): è dovuto il 100% del premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

⁴ 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.



Inclusioni nel secondo semestre di copertura (che inizia dal momento della decorrenza dell'assicurazione): è dovuto il 60% del premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

8.2 Inclusione di familiari in corso d'anno

L'inclusione di familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare in un momento successivo alla decorrenza della presente copertura assicurativa è consentita solamente nei seguenti casi:

- a) nascita, adozione o affidamento di un figlio;
- b) rientro in Italia di dipendente UniCredit precedentemente espatriato (ex Expat), a decorrere dal giorno del rientro, ovvero, se successivo, dal giorno seguente il termine della copertura prevista per il personale espatriato;
- c) matrimonio;
- d) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;
- e) esclusione di un familiare da altra copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro.

In tali casi, l'assicurazione è operante dalle ore 24:00 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purché comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.

I massimali assicurati sono da intendersi comunque al 100%.

8.3 Esclusioni in corso d'anno

La cessazione della presente copertura assicurativa prima della sua naturale scadenza del 01/01/2024, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente per qualsiasi motivo;
- b) decesso del dipendente;
- c) divorzio/separazione con sentenza per il coniuge del dipendente;
- d) venir meno della convivenza per il convivente more uxorio e/o il familiare fiscalmente non a carico; nel caso del figlio fiscalmente non a carico la cessazione della copertura è possibile solo al verificarsi anche di una delle due fattispecie:
 - costituzione da parte del figlio di un proprio nucleo familiare (matrimonio/convivenza more uxorio);
 - conseguimento da parte del figlio, nell'anno d'imposta in cui si verifica l'uscita dal nucleo, di un reddito complessivo superiore a € 26.000 annui lordi;
- e) adesione di un familiare ad una copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro;
- f) esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente;
- g) cessazione dei Piani Sanitari BASE.

Nei suddetti casi, l'assicurazione cessa la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento, anche per gli eventuali familiari assicurati, e pertanto non si procede ad alcun rimborso del premio, ad eccezione dei casi di:



- esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente;
- licenziamenti per giusta causa e giustificato motivo soggettivo
- instaurazione di rapporto di lavoro con Azienda esterna al Gruppo UniCredit

nei quali casi il dipendente e gli eventuali familiari assicurati cessano immediatamente dalla copertura con il verificarsi dell'evento.

Art. 9. Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 10. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- DIP
- DIP Aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione
- Informativa Privacy di cui all'Allegato 6 del presente Contratto

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. 11. 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 dalla Compagnia.

Art. 12. Reclami

I Reclami su un Contratto o su un servizio assicurativo devono essere inviati alla Compagnia secondo le modalità indicate nel sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com/Reclami

Art. 13. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie: mediazione

Per controversie connesse al presente 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 competente⁵.

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

⁵ D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.



Se la lite non è conciliata con la mediazione, Compagnia, Contraente e Assicurato sono liberi di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 14. Foro Competente

Per le controversie connesse al presente Contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità esecuzione e risoluzione):

- tra la Compagnia e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede il Contraente
- tra la Compagnia e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza (se in Italia) o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Compagnia, Contraente e Assicurato possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 15. "Home Insurance"

App mobile "EasyUnica"

L'Assicurato può accedere a "EasyUnica" per accedere alle seguenti funzioni:

- 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.

L'Assicurato già registrato nell'Area Riservata – Sinistri utilizzerà le medesime credenziali (login e password) per accedere ai servizi tramite APP Mobile. In caso contrario, dovrà registrarsi all'Area Riservata. Per tutte le funzionalità web (vedi specifica documentazione pubblicata sui siti www.unica.unicredit.it e www.unica.previmedical.it).

Art. 16. Legge applicabile al Contratto - Rinvio alle Norme di Legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana. Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le disposizioni di legge.

Resta inteso che qualora dovessero intervenire modifiche legislative tali da dover modificare le condizioni contrattuali, le Parti si riuniranno per definire i nuovi termini di assicurazione.

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 17. Descrizione delle prestazioni Assicurate

La Compagnia garantisce le prestazioni di seguito indicate, soltanto se rese necessarie da infortunio conseguente a terremoti di magnitudo Richter o magnitudo locale ML superiore a 5.0 localizzati in Italia dalla Rete Sismica Nazionale dell'INGV (Istituto Nazionale di Geofisica e Vulcanologia), indennizzabili a termini di contratto per le spese sostenute esclusivamente in rete convenzionata o presso il Servizio Sanitario Nazionale dall'Assicurato, direttamente o indirettamente aderente ad uno qualsiasi dei Piani Sanitari BASE.

Per Grande Intervento Chirurgico si intende uno degli interventi indicati nei Piani Sanitari BASE, soltanto se reso necessario da infortunio conseguente a terremoti di magnitudo definita come nel precedente comma.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

In caso di ricovero o intervento chirurgico a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, viene corrisposta un'indennità sostitutiva per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale quello comprendente il pernottamento) pari a:

- 80 euro giornalieri per i ricoveri con o senza intervento chirurgico,
- 160 euro giornalieri in caso di Grande Intervento Chirurgico



Tali indennità giornaliere sono corrisposte nel limite massimo di 30 giorni per persona e per evento.

Inoltre, vengono rimborsate, senza applicazione di scoperto, le spese relative a accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 90 giorni successivi (elevati a 120 giorni in caso di grandi interventi chirurgici) al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Qualora il ricovero avvenga in regime di intramoenia la Compagnia provvede al pagamento delle sole spese indicate alla lettera B, anche in caso di Grande Intervento Chirurgico.

**B POST RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA A SEGUITO DI INFORTUNIO CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO (ANCHE IN CASO DI GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO), DAY HOSPITAL CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTO CHIRURGICO AMBULATORIALE**

La Compagnia copre le spese per le seguenti prestazioni effettuate in forma diretta, senza applicazione di scoperti e/o franchigie a carico dell'Assicurato, anche in caso di Grande Intervento Chirurgico:

- accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 90 giorni successivi (elevati a 120 giorni in caso di grandi interventi chirurgici) al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Massimali

Per il complesso delle prestazioni indicate: 20.000 euro a Nucleo e per evento, elevato a 40.000 euro in caso di Grande Intervento Chirurgico.

CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 18. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo i seguenti interventi di chirurgia plastica:
 - interventi a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 3 anni;
 - interventi a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza;
 - interventi a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) indennizzabili come da polizza;
- 2) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purché consentito dallo stato di salute dell'Assicurato;
- 3) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
- 4) le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- 5) gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;
- 6) check-up clinici;
- 7) agopuntura, salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari Base;
- 8) prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness;
- 9) psicoterapia salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari Base;
- 10) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 11) le conseguenze di guerra, insurrezioni ed eruzioni vulcaniche;
- 12) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
- 13) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;



- 14) prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnico sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Art. 19. Persone non assicurabili

Non sono previsti limiti di età.

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 20. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

20.1 Oneri

Denuncia

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Compagnia non appena ne abbiano la possibilità e comunque entro e non oltre i termini di prescrizione del diritto. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo non può essere presentata e quindi è respinta. Per "richiesta di Indennizzo" si intende quella di accesso al Network per usufruire di prestazioni in regime di Assistenza diretta oppure quella di ottenere un Rimborso o una Indennità (comunque denominata).

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 Sinistro in copertura.

La Compagnia respinge la richiesta di Indennizzo nei seguenti casi in cui si ritengono mancare gli elementi essenziali sotto richiamati:

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/Corresponsione di Indennità

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente



- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- Massimale esaurito
- presentazione di una nuova richiesta di rimborso per una fattura già presentata a rimborso/rimborsata
- presentazione di una richiesta di indennità già richiesta/liquidata
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di Indennizzo 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 intraorali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'Infortunio)
- non è stato indicato correttamente l'Assicurato cui il Sinistro si riferisce. Se l'Assicurato non integra la richiesta di Indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di integrazione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo è respinta; la domanda può comunque essere ripresentata.

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere: quella del Ricovero o, se non c'è stato Ricovero, del Day Hospital o dell'Intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella della prima prestazione sanitaria erogata, relativa allo specifico evento
- 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 assicurative 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 dalla Compagnia

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati dalla Compagnia 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 copertura l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare la Compagnia
- 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 Compagnia 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 nel presente Contratto.

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 assicurative

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

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 dal Contratto. L'Assicurato è tenuto a restituire alla Compagnia, 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 della Compagnia, 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).

20.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di Assistenza diretta

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 (operativa **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**). 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;
- 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), con un preavviso di almeno 48 ore lavorative prima del giorno in cui sarà eseguita la prestazione.

Si precisa che, anche per le prestazioni odontoiatriche l'Assicurato dovrà di volta in volta richiedere singolarmente l'autorizzazione per ogni prestazione che deve eseguire e che



non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano direttamente dagli Studi Odontoiatrici.

Limitatamente alle prestazioni fisioterapiche l'Assicurato deve richiedere autorizzazione solamente della prima prestazione prevista dal ciclo di terapia o dal piano di cura; le restanti autorizzazioni vengono invece richieste direttamente dalla struttura sanitaria del Network.

Il rilascio dell'autorizzazione può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati:
 - **800. 90.12.23** da telefono fisso e cellulare (numero verde)
 - **+39 0422.17.44.023** per chiamate dall'estero.

Dati da fornire

- cognome e nome, data di nascita e telefono dell'Assicurato che ha bisogno della prestazione;
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale effettuare la prestazione;
- prestazione da effettuare;
- data della prestazione
- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata.**

La prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

- **in caso di Infortunio devono essere presentati anche i seguenti documenti:**
 - **referto del Pronto Soccorso**, redatto nelle 48 ore successive all'evento, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. 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 (redatto nelle 48 ore successive all'evento).

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa, si precisa che la circostanza che nel verbale di Pronto Soccorso sia riportato il termine "infortunio" non determina di per sé l'indennizzabilità del sinistro ai sensi di polizza; per capire se si è in presenza di un infortunio o meno ai sensi di polizza è necessario esaminare quanto riportato sul certificato



di Pronto Soccorso e sull'eventuale documentazione medica integrativa. Le situazioni nelle quali coesistono patologie ed eventi fortuiti, violenti ed esterni devono essere valutate caso per caso, alla luce della documentazione medica presentata.

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 o con l'app mobile
- via fax: **+ 0422.17.44.523**
- rispondendo alla mail ricevuta dalla Centrale Operativa (in caso di contatto diretto con quest'ultima)

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmesso 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 e-mail sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

La Compagnia 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 alla Compagnia, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@intesasanpaolorbmsalute.it

Fermo il preavviso minimo di 2 giorni (48 ore) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta:

- se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 7 giorni lavorativi dalla data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 giorni lavorativi dalla richiesta dell'Assicurato
- se la richiesta perviene tra i 6 e i 4 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 giorni lavorativi precedenti la data dell'evento



- se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 giorno lavorativo precedente la data dell'evento.

Rimane fermo per l'Assicurato il diritto ad un preavviso di almeno 2 giorni (48 ore) lavorativi; in tal caso tuttavia, tale preavviso minimo potrebbe comportare, in ipotesi di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

In ogni caso, si precisa che nella fase di avvio dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli Assicurati che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza diretta a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

In sede di accesso presso la Struttura Sanitaria convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e consegnare la prescrizione medica.

L'Assicurato deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, della nuova autorizzazione.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza di cui al successivo § b).

Restano a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle presenti condizioni di assicurazione (a titolo esemplificativo franchigie e scoperti).

b) Mancata attivazione della Centrale operativa

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

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).

20.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale

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, la Compagnia prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo (incluso il "Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia", da sottoscrivere con firma specifica in aggiunta a quella da apporre in calce alla richiesta di rimborso). In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

1. **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. **Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. Per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie in regime di S.S.N. si richiede la fattura o ricevuta rilasciata, all'atto del pagamento, dalla ASL o struttura sanitaria accreditata con il S.S.N., con indicazione della prestazione effettuata oppure la ricevuta di pagamento emessa da Punto Giallo con allegato il foglio di prenotazione rilasciato dalla ASL al momento della prenotazione o dell'effettuazione della prestazione. Il provider verificherà che la prestazione (rinvenibile da apposita codifica contenuta nei documenti suddetti) sia una di quelle previste dal Piano Sanitario (sono p.e. escluse le spese sostenute per prestazioni di prevenzione e/o controllo). Al fine di poter considerare le prestazioni come effettuate in regime di ticket SSN, con applicazione delle relative condizioni di liquidazione, è necessario che dal documento di spesa si possa evincere inequivocabilmente il regime di erogazione.**
2. **cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero, anche in Day Hospital. Si precisa che non è considerato Ricovero né Day Hospital la permanenza presso il Pronto Soccorso;**
3. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere;
4. **dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;**
5. **in caso di Infortunio deve essere presentato anche il seguente documento:**
 - **il referto del Pronto Soccorso, redatto nelle 48 ore successive all'evento**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. 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 (redatto nelle 48 ore successive all'evento).



Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa, si precisa che la circostanza che nel verbale di Pronto Soccorso sia riportato il termine "infortunio" non determina di per sé l'indennizzabilità del sinistro ai sensi di polizza; per capire se si è in presenza di un infortunio o meno ai sensi di polizza è necessario esaminare quanto riportato sul certificato di Pronto Soccorso e sull'eventuale documentazione medica integrativa. Le situazioni nelle quali coesistono patologie ed eventi fortuiti, violenti ed esterni devono essere valutate caso per caso, alla luce della documentazione medica presentata.

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 ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

PREVIMEDICAL C/O CSU – BOLOGNA (POSTA INTERNA)

oppure a

Ufficio Liquidazioni UNI.C.A. - PREVIMEDICAL

Casella Postale n. 142

31021 Mogliano Veneto (TV)

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato titolare della copertura.

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, la Compagnia avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.



b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato potrà trasmettere on line la propria richiesta di rimborso, unitamente alla relativa documentazione giustificativa medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria Area Riservata dal sito www.unica.previmedical.it (Area riservata) oppure attraverso la App Mobile.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che la Compagnia considera giuridicamente equivalente all'originale ai fini dell'applicazione della presente copertura. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad Internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente paragrafo.

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli⁶:

Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 7 - Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

Art. 8 –Variazione delle persone assicurate

Art. 14 - Foro competente

Art. 18 - Esclusioni

Art. 19 - Persone non assicurabili

Art. 20 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
Marco Vecchietti
Amministratore Delegato e Direttore Generale

⁶ 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.

AREA RICOVERI	
Massimale A e B	€ 20.000,00 evento/nucleo, elevato a € 40.000,00 per GIC
A) Indennità Sostitutiva per ricovero con o senza intervento chirurgico S.S.N. <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> Massimale Ricoveri con o senza intervento GIC Pre/Post </div>	<div style="text-align: center;"> 30 giorni per persona/evento € 80 al giorno € 160 al giorno al 100% - 90 gg./90 gg. elevati a 120 gg. in caso di GIC </div>
B) Post ricovero in regime di intramoenia <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> Condizioni </div>	<div style="text-align: center;"> 90 gg./90 gg. – elevati a 120 gg. in caso di GIC al 100% solo forma diretta </div>

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

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

sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, di trasferimento della posizione 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

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.

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.

ⁱ Ultimo aggiornamento 22 gennaio 2021

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 € 160.000.000 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).