INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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 QUIESCENTI_STANDARD P

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 area ricoveri, area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali, area prestazioni accessorie e area prevenzione.

Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese:

- ✓ Spese mediche in caso di ricoveri con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto/Aborto terapeutico, Intervento chirurgico odontoiatrico, Grandi interventi chirurgici (GIC), Trapianti, Riabilitazione post-chirurgica, Grandi Eventi Morbosi (GEM);
- ✓ Indennità sostitutiva ricovero con o senza intervento: la Società corrisponde un'indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero;
- ✓ Neonati: il rimborso delle spese sostenute per cure ed interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici;
- ✓ Cure e Diagnostica di Alta specializzazione: la Società rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di alta specializzazione, terapie attinenti patologie oncologiche, terapie e accertamenti endoscopici;
- ✓ Test genetici prenatali non invasivi su DNA Fetale;
- ✓ Diagnostica ordinaria e Visite specialistiche: la Società rimborsa le spese per analisi ed esami diagnostici e onorari medici per visite specialistiche;
- ✓ Cure oncologiche: la Società rimborsa le spese per assistenza infermieristica domiciliare, chemioterapia, radioterapia, altre terapie finalizzate alle cure oncologiche e visite specialistiche;
- ✓ Prestazioni fisioterapiche: la Società rimborsa le spese per fisioterapia a seguito di un elenco di patologie;
- ✓ Logopedia: la Società rimborsa le spese per logopedia a seguito di infortunio;
- ✓ Disturbi specifici dell'apprendimento del minore (DSA);
- ✓ Protesi ortopediche ed acustiche sono rimborsabili le spese sostenute per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche ed acustiche;
- ✓ Cure dentarie da infortunio;
- ✓ Prestazioni aggiuntive: la Società rimborsa le spese sostenute per visite pediatriche;
- ✓ Lenti: la garanzia opera nel caso di acquisto di lenti ed occhiali (comprese montature) o lenti a contatto correttive a seguito di modifica del visus;
- ✓ Pacchetto maternità: vengono rimborsate le spese sostenute per visite ed accertamenti di controllo;
- ✓ Psicoterapia;
- ✓ Prestazioni in Pronto Soccorso;

Segue nella pagina successiva

Che cosa non è assicurato?

- × Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 31 dicembre 2021. È concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2023, soggetti già coperti nel piano sanitario precedente, che compiano 85 anni nel corso della durata del contratto.
- × 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.

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese:

- ✓ Cura Tossicodipendenti;
- ✓ Assistenza infermieristica;
- ✓ Rimpatrio Salma;
- ✓ Ospedalizzazione domiciliare;
- ✓ Procreazione medicalmente assistita;
- ✓ Assistenza post parto: Supporto psicologico post parto, controllo Arti inferiori e Week-end benessere;
- ✓ Cure termali per minori;
- ✓ Sindrome di Down;
- ✓ Visite di controllo, Prevenzione Herpes Zoster, Fecondazione eterologa, controllo pediatrico, consulto nutrizionale e dieta personalizzata e conservazione delle cellule staminali.

Sono inoltre inclusi:

- ✓ Conto Salute, una forma di accumulo finalizzata a garantire al nucleo familiare di accumulare, per le annualità successive alla prima, una parte delle disponibilità economiche per le prestazioni non utilizzate in un anno assicurativo
- ✓ indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per i genitori ricoverati in residenza sanitaria assistenziale (RSA)

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

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 QUIESCENTI_STANDARD P

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) gli infortuni di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto dalla sezione A "Area ricoveri", lettera A), punto 9 2) le protesi dentarie, la cura delle paraodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dalla sezione A "Area ricoveri", lettera A, punto 8 e dalla sezione B "Area prestazioni extraospedaliere

specialistiche e/o ambulatoriali", lettera H

3) 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;
   - interventi di adeguamento contro laterale relativi a intervento chirurgico a scopo ricostruttivo eseguito a seguito di mastectomia o quadrantectomia nell'ambito del submassimale previsto dalla sezione A "Area ricoveri", lettera "A" punto 10
4) 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;
5) 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;
6) le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
   - abuso di alcolici;
   - uso di allucinogeni;
   - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
7) l'aborto volontario non terapeutico;
8) la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio e fatto salvo quanto previsto dalla sezione C "Area prestazioni accessorie", lettera K "Neonati";
9) tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita, fatto salvo quanto previsto dalla garanzia prevista dalla sezione C "Area prestazioni accessorie", lettera G "Procreazione medicalmente assistita". Per questa tipologia di interventi non è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera prevista dalla sezione A "Area ricoveri", lettera C "Servizio Sanitario Nazionale";
10) 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;
11) check-up clinici;
12) agopuntura;
13) 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;
14) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
15) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
16) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
17) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
18) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
19) le spese sostenute in conseguenza delle seguenti malattie mentali: psicosi, disturbi nevrotici della personalità e altri disturbi psichici non psicotici, ritardo mentale e comunque tutte le malattie ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;

	20) 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	
Ricoveri con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto/Aborto terapeutico, Intervento chirurgico odontoiatrico, Grandi interventi chirurgici (GIC), Trapianti, Riabilitazione post-chirurgica, Grandi Eventi Morbosi (GEM)	elenco esteso per Interventi chirurgici plafonati (Int_PLAFONATI), GIC e Interventi chirurgici odontoiatrici (Int_ODONTOIATRICI)
Massimale	€ 150.000; € 300.000 per GIC
Condizioni:	
In rete	Franchigia di € 1.500 in caso di ricovero con intervento chirurgico; franchigia di € 500 in caso di: Day Hospital con/senza intervento, ricovero senza intervento chirurgico, ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica, per Grandi Eventi Morbosi e Lunga Degenza. Franchigia di € 350 in caso di intervento chirurgico ambulatoriale. Franchigia di € 1.250 in caso di GIC
Fuori rete, Intramoenia	Scoperto 25% min. 2.000 in caso di ricovero con intervento chirurgico. Scoperto 20% min. 1.750 per ricovero in caso di ricovero senza intervento chirurgico, day hospital con intervento, ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica, per Grandi Eventi Morbosi e Lunga Degenza. Scoperto 20% min. 1.500 per day hospital senza intervento. Scoperto 20% min.750 in caso di intervento chirurgico ambulatoriale Scoperto del 25% min. € 1.750 in caso di GIC
Forma mista	Per strutture convenzionate forma diretta; per medici/equipe medica non convenzionata e/o

	prestazioni non convenzionate forma indiretta
Ricovero senza intervento	limite massimo 5 gg per ricovero e max 3 ricoveri annui esclusione se a scopo diagnostico e per diagnosi pre intervento
Ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza	nei casi di ricovero di durata superiore a 30 gg
Parto cesareo/Aborto terapeutico (escluse Pre/Post)	In caso di parto cesareo richiesto per volere della madre, e pertanto non conseguente a patologie della stessa o del nascituro che lo renderebbero necessario, si applicano le condizioni del parto fisiologico
Sub-massimale:	€ 6.000
Spese Neonato (sub-limite)	€ 1.000
Assistenza ostetrica (sub-limite)	€ 1.500
Condizioni:	al 100%
Parto fisiologico (escluse Pre/Post)	
Sub-massimale:	€ 3.000
Spese Neonato (sub-limite)	€ 1.000
Condizioni:	al 100%
Interventi chirurgici odontoiatrici	elenco esteso (Int_ODONTOIATRICI)
Sub-massimale:	€ 10.000
Condizioni:	
In rete	franchigia € 200 per evento
Fuori rete, Intramoenia	scoperto 20%, min. € 1.000
Miopia	con differenziale superiore a 4 diottrie (non causato da precedente intervento correttivo) o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie
Condizioni:	
In rete	franchigia € 200 per evento
Fuori rete, Intramoenia	scoperto 10%, min. € 1.000
Interventi chirurgici ricostruttivi	mastectomia o quadrantectomia
Massimale	€ 5.000
Pre/Post	90 gg./90 gg.
Condizioni:	
In rete	franchigia € 1.000 per evento
Fuori rete, Intramoenia	scoperto 20%, min. € 1.000
Neonati Correzione Malformazioni congenite	nel primo anno di vita, elevato ai primi 10 anni di vita per impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita

Interventi chirurgici plafonati	elenco esteso (Int_PLAFONATI)
Condizioni:	al 100% l'intervento principale, al 70% gli interventi secondari
Limite retta degenza	In rete € 250 per Day Hospital con/senza intervento; Fuori rete € 300 al giorno; non previsto per Parto/Aborto terapeutico
Pre/Post	100 gg./100 gg.
Trattamenti fisioterapici/rieducativi Post intervento chirurgico	120 gg., non previsti per Parto fisiologico, Miopia e Intervento chirurgico odontoiatrico
Retta Accompagnatore	€ 60 al giorno max 30 gg., non prevista per Intervento chirurgico odontoiatrico e Miopia
Limite Assistenza Infermieristica per ricoveri senza intervento	€ 50 al giorno max 5 giorni per evento; elevato a 30 giorni per riabilitazione post chirurgica e GEM
Assistenza Infermieristica per Day hospital senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto/Aborto terapeutico, Intervento chirurgico odontoiatrico	NON PREVISTA
Trasporto	€ 2.000, non previsto per Intervento chirurgico ambulatoriale, Intervento chirurgico odontoiatrico, Miopia e SSN
Indennità Sostitutiva	
Massimale	180 giorni per persona/anno
Ricoveri con intervento	€ 80 al giorno
Ricoveri senza intervento	€ 60 al giorno
GIC	€ 100 al giorno
Day Hospital con intervento	€ 40 al giorno
Day Hospital senza intervento	€ 30 al giorno
Pre/Post	100 gg./100 gg., al 100% (escluso il caso di ricovero in regime di intramoenia)
Trattamenti fisioterapici/rieducativi Post intervento chirurgico	al 100%, 120 gg., non previsti per Parto fisiologico, Miopia e Intervento chirurgico odontoiatrico, al 100% (escluso il caso di ricovero in regime di intramoenia)
AREA PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE SPECIALISTICHE E/O AMBULATORIALI	
Cure e Diagnostica di Alta Specializzazione (AS)	elenco esteso (ALTA_D)
Massimale	€ 5.000
Condizioni:	
In rete	franchigia € 60 per fattura
In rete non in forma diretta	scoperto 45% min. € 112,50 per fattura
In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 60% min. € 150 per fattura

Fuori rete	scoperto 30% min. € 75 per fattura
Ticket	al 100%
Test genetici prenatali non invasivi su dna fetale	compresi nel massimale AS
Diagnostica Ordinaria e Visite Specialistiche (VS)	esclusi gli accertamenti previsti in AS e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici non da infortunio; comprese visite specialistiche/accertamenti odontoiatrici e ortodontici da infortunio con certificato di PS entro 48 ore dall'evento. 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 entro 48 ore dall'evento
Massimale	€ 3.000
Condizioni:	
In rete	franchigia € 60 per fattura
In rete non in forma diretta	scoperto 45% min. € 112,50 per fattura
In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 60% min. € 150 per fattura
Fuori rete	scoperto 30% min. € 75 per fattura
Ticket	al 100%
Cure oncologiche	prestazioni per patologie oncologiche per assistenza infermieristica domiciliare, chemioterapia, radioterapia, altre terapie oncologiche, visite specialistiche; ad esaurimento del presente massimale, si utilizzeranno quelli di AS e VS
Massimale	€ 10.000
Condizioni:	al 100%
Prestazioni fisioterapiche	soltanto per infortunio con certificato di PS entro 48 ore dall'evento; ictus cerebrale; neoplasie; forme neurologiche degenerative e omeoblastiche (sclerosi multipla, SLA, ecc.); forme neuromiopatiche: forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare; interventi cardiochirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti
Massimale	€ 1.400
Condizioni:	
In rete	franchigia € 40 per ciclo di cura
Diretta domiciliare	franchigia € 20 ad accesso
In rete non in forma diretta	scoperto 30% min. € 90 per ciclo di cura
In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 40% min. € 120 per ciclo di cura
Fuori rete	scoperto 20% min. € 60 per ciclo di cura
Ticket	al 100%
Logopedia	per infortunio con certificato di PS entro 48 ore dall'evento o per malattia se effettuata da medico specialista o

	logopedista diplomato
Massimale	€ 1.000
Condizioni:	
In rete	franchigia € 40 per fattura
In rete non in forma diretta	scoperto 30% min. € 90 per fattura
In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 40% min. € 120 per fattura
Fuori rete	scoperto 20% min. € 60 per fattura
Ticket	al 100%
Disturbi specifici dell'apprendimento del minore (DSA)	secondo quanto previsto dal DSM -5, a condizione che la diagnosi sia certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale
Massimale	€ 1.500,00 per nucleo e per anno per casi moderati o severi oppure fino a € 500,00 per nucleo e per anno per casi lievi
Condizioni:	
In rete	franchigia € 40 per fattura
In rete non in forma diretta	scoperto 30% min. € 90 per fattura
In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 40% min. € 120 per fattura
Fuori rete	scoperto 20% min. € 60 per fattura
Ticket	al 100%
Protesi ortopediche e acustiche	
Massimale	€ 3.000
Condizioni:	al 100%
Cure dentarie da infortunio	in presenza di certificato di PS entro 48 ore dall'evento
Massimale	€ 4.000
Condizioni:	al 100%
Pacchetto maternità	visite e accertamenti di controllo nei primi 6 mesi di gravidanza; in caso di aborto spontaneo, entro 3 mesi, 1 visita ginecologica e 3 visite psicologico
Massimale	€ 500
Condizioni:	al 100%
AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE	
Prestazioni in Pronto Soccorso	prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio senza ricovero; sono comprese anche le seguenti prestazioni in presenza di prescrizione del PS: applicazione e rimozione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali e trasporto

Massimale	€ 1.000 per evento e per anno
Cura tossicodipendenti Massimale Condizioni:	per il recupero da tossicodipendenza presso comunità terapeutiche convenzionate ASL € 3.000 per persona e per anno, massimo € 30.000 per la totalità degli Assistiti se le richieste complessive degli Assistiti superassero l'importo di € 30.000, il contributo verrà ripartito proporzionalmente fra i richiedenti
Anticipo spese sanitarie	per GIC, massimo 50% della spesa da sostenere entro il 50% del massimale dell'Area Ricoveri
Assistenza Infermieristica Condizioni:	per malattia terminale con idonea certificazione medica/ospedaliera € 50 al giorno fino a 90 giorni
Rimpatrio salma Massimale Condizioni:	in caso di morte dell'Assicurato a seguito di ricovero (anche in regime di day hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico € 2.000 escluse spese per cerimonie funebri e inumazione
Procreazione medicalmente assistita Massimale Condizioni:	€ 700 per nucleo e per anno escluse le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore qualora il trattamento sia effettuato all'Estero
Assistenza post-parto Massimale Condizioni:	Illimitato elenco esteso (POST_P), entro 1 anno dal parto
Cure termali per minori Massimale Condizioni:	Illimitato max. 1 ciclo per anno, max. € 35,00 a seduta
Sindrome di Down (figli di assistiti) Massimale Condizioni:	€ 1.000 annui max. 5 anni per diagnosi di Trisonomia 21 nei primi 3 anni di vita
Conto Salute	PREVISTA

Indennità Genitori in RSA Massimale Condizioni:	per ricoveri in RSA di durata di almeno 12 mesi consecuti € 350 per anno/persona in assenza di rimborsi sanitari nel corso dell'annualità assicurativa

AREA PREVENZIONE	
Visite di controllo	Effettuate presso strutture convenzionate
Massimale	Illimitato
Condizioni:	al 100% - 1 visita al mese per Assicurato
Vaccinazione antinfluenzale	Eseguita fuori rete
Massimale	Illimitato
Condizioni:	1 vaccino annuale per Assicurato
Prevenzione herpes zoster	Effettuata presso strutture convenzionate e non
Massimale	Illimitato
Condizioni:	età > 55 anni, franchigia € 36,15 per prestazione
Controllo pediatrico	Effettuato presso strutture convenzionate
Massimale	Illimitato
Condizioni:	franchigia € 36,15 per prestazione - da elenco, tra i 6 mesi e i 6 anni di vita
Consulto nutrizionale e dieta personalizzata	1 consulto e dieta personalizzata per biennio e per persona
Massimale:	
In rete	Illimitato
Fuori rete	€ 80,00 biennio/persona (€ 50,00 per la visita e € 30,00 per la dieta)
Conservazione cellule staminali	
Massimale	€ 500 per nucleo e per anno

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	La Società si impegna a:

dell'impresa	**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	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: 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. In tal caso le rate di premio non ancora versate non saranno dovute alla Società. 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.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è destinato a favore del personale in quiescenza del Gruppo UniCredit, purché detto personale sia iscritto a Uni.C.A., che intende 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	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: - 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 Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo: - 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. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto. Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.
All'IVASS	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**
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	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. Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa

	civile. 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) oppure all'indirizzo mail: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Intesa Sanpaolo RBM Salute. La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione di procedibilità per poter agire giudizialmente.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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.

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 personale in quiescenza del **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 2481

Edizione 01/2022

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 54:

SEZIONE I

- **Glossario** *da pag. 1*
- **Capitolo 1 – Norme che regolano il contratto in generale** - *da pag. 6*

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - *da pag. 12*
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - *da pag. 40*
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - *da pag. 42*

ALLEGATI

- Elenco interventi chirurgici plafonati
- Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- Elenco Gravi Eventi Morbosi
- Elenco Cliniche TOP
- 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.

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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.

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

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.)

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Cassa/Fondo: Uni.C.A. Cassa Assistenza, Piazza Gae Aulenti n. 3, (Torre A) 20154 Milano, C.F. 97450030156; ha finalità assistenziale ed è abilitata[1] a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi

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: il gruppo costituito dal chirurgo, dall'aiuto, dall'assistente, dall'anestesista e da ogni altro soggetto che abbia parte attiva nell'intervento.

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

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento. Per le garanzie che prevedono la corresponsione di una indennità per ciascun giorno di ricovero è il numero di giorni per i quali non viene corrisposta l'indennità all'Assicurato.

Grandi Eventi Morbosi: gli eventi elencati nell'Allegato 3

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

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

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- 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.

Lungodegenza: Ricovero medico in degenza riabilitativa per il recupero e/o il miglioramento delle condizioni fisiche dell'Assicurato mediante trattamenti medici e/o fisioterapici con permanenza presso Strutture sanitarie dedicate alla Lungo degenza (es. RSA Residenze Sanitarie Assistenziali), o reparti di strutture sanitarie dedicate alla lungo degenza, intendendosi pertanto esclusi i casi di ricovero per Lunga degenza in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

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 dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Malattia Oncologica: ogni malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna. sono incluse le leucemie, i linfomi, il morbo di Hodgkin, il cancro in situ. sono inoltre compresi i tumori con invasione diretta degli organi vicini, in fase metastatica e le recidive.

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

Plafond: l'importo massimo indennizzabile dalla Compagnia, in caso di intervento chirurgico riportato nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati".

Premio: la somma che il Contraente deve alla Compagnia.

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.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.
Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Regime misto: applicabile per le sole prestazioni dell'Area Ricovero effettuate presso strutture facenti parte della Rete Convenzionata (accessibili in forma diretta, previa attivazione della Centrale operativa), ma con equipe medica e/o prestazione non in convenzione (le cui relative spese sono rimborsabili in forma indiretta alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA).

Regime rimborsuale: prestazioni presso strutture/specialisti non rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A. ovvero presso strutture/specialisti rientranti nel servizio convenzionato con Cassa Uni.C.A., ma senza che gli Assicurati abbiano seguito le modalità richieste per l'accesso alle prestazioni in Rete. In questo caso è previsto che il pagamento delle prestazioni sia eseguito dall'Assicurato, e la Compagnia rimborsa le spese alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Ricovero: la degenza comportante pernottamento in Struttura sanitaria.

Scoperto: La somma espressa in valore percentuale, dedotta dalle spese effettivamente sostenute ed indennizzabili a termini di contratto, che resta a carico dell'Assicurato.

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

Struttura sanitaria: ogni Casa di cura, Istituto, Azienda ospedaliera in Italia o all'estero, regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità, all'erogazione dell'assistenza sanitaria ospedaliera.

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:

- finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica
- 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.

STANDARD P

INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

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

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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 17/10/2007[2].

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 scadenze[3].

Esempio: se la rata di Premio scade il 31 dicembre 2022, Intesa Sanpaolo RBM Salute 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

L'Assicurazione è prestata a favore del personale in quiescenza del Gruppo UniCredit, purché detto personale sia iscritto a Uni.C.A.

L'Assicurazione opera anche nei confronti dei familiari di seguito specificati:

- gratuitamente, per il coniuge e i figli fiscalmente a carico;
- con versamento del relativo premio per:

1) il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente "more uxorio" (quest'ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);

[2] G.U. 255 del 2 novembre 2007

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

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

2) i figli non fiscalmente a carico risultanti dallo stato di famiglia, a cui sono equiparati i figli non fiscalmente a carico risultanti sullo stato di famiglia dell'altro genitore separato o divorziato;
3) i figli fiscalmente non a carico e non conviventi che non abbiano compiuto 35 anni alla data di inserimento in copertura, non coniugati e non conviventi more uxorio (con limite di reddito complessivo di € 26.000 annui lordi).

Nei casi 1) e 2) l'inclusione dovrà riguardare tutti i soggetti risultanti dallo stato di famiglia (salvo i soggetti già fruenti di altra forma di assistenza sanitaria predisposta dal proprio datore di lavoro per i quali venga chiesta l'esenzione dal predetto obbligo).

Il coniuge, anche legalmente ed effettivamente separato, può essere sempre incluso in garanzia, pur se con domicilio e/o residenza diversi dal titolare assicurato.

Nel caso in cui gli Assicurati aderiscano alla presente assicurazione in corso di validità del contratto - purché espressamente consentito dalle Condizioni di Assicurazione (ad esempio: matrimonio, nuove nascite, ecc.) - è operante il massimale annuo previsto per ciascun nucleo familiare.

L'Assicurazione è operante:

- indipendentemente dalle condizioni fisiche dell'Assicurato;

- senza limitazioni territoriali;

- sino al termine dell'annualità (31 dicembre) in cui è avvenuto il compimento del 85° anno di età dell'Assicurato, salvo quanto stabilito dall'Art. 19 "Persone non assicurabili".

L'adesione degli assicurati alla polizza è su base volontaria.

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'Assicurazione[4].

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.

[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.

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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. Adesione alla copertura – Variazione degli Assicurati

L'assicurazione è prestata per gli Assicurati con domicilio in Italia, ossia personale in quiescenza e relativi familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare, che la Contraente dovrà indicare entro il 30 aprile 2022.

Trascorsi tali termini non saranno possibili variazioni di assicurati, salve le eccezioni di seguito indicate.

8.1 Inclusioni in corso d'anno

L'inclusione successiva alle date sopraindicate è permessa solamente nei seguenti casi:

a) nascita, adozione o affidamento di un figlio;

b) matrimonio;

c) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;

d) 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 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purché comunicata alla Compagnia entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Compagnia.

Inclusioni nel primo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 100% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.
Inclusioni nel secondo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 60% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

8.2 Cessazione della copertura in corso d'anno

La cessazione della copertura prima della sua naturale scadenza del 31/12/2023, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

a) decesso del personale in quiescenza o di un familiare assicurato;

b) divorzio/separazione con sentenza per il coniuge del dipendente;

c) 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;

d) adesione di un familiare ad una copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro;

e) raggiungimento dell'85° anno di età, salva la possibilità di mantenere la copertura nei termini previsti dall'Art. 9.9 "Limite di età";

f) esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente.

Nei casi ai punti b), c), d), e e) l'assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento.

Nel caso di decesso del personale in quiescenza, gli eventuali familiari assicurati rimarranno in copertura sino alla prima scadenza annuale successiva all'evento.

Nel caso di esclusione del personale in quiescenza deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente, lo stesso e gli eventuali familiari assicurati cesseranno immediatamente dalla copertura con il verificarsi dell'evento.

Per tutti i casi sopramenzionati, non si procederà ad alcun rimborso del premio.

8.3 Variazione della copertura in corso d'anno

Possono verificarsi durante la validità della copertura, le seguenti variazioni.

a) gestione dei carichi fiscali

la comunicazione del carico fiscale in ciascun anno di copertura dovrà essere effettuata dall'Assicurato sulla base della situazione reddituale del proprio familiare consolidata nell'annualità precedente. Pertanto, eventuali variazioni della situazione reddituale del familiare dell'assicurato in corso d'anno non avranno effetto sulla determinazione del premio per l'annualità in corso ma costituiranno esclusivamente la base per la determinazione del premio nell'annualità successiva.

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

b) variazione per un familiare già assicurato dello stato di convivenza/non convivenza risultante dallo stato di famiglia:

La modifica dello stato di convivenza per un familiare già assicurato avvenuta nel corso di un anno assicurativo non produce effetti sul premio dovuto per l'anno in cui è avvenuta la modifica.

c) variazione da convivente more uxorio a coniuge:

In caso di matrimonio nel corso di un anno assicurativo con il convivente more uxorio già assicurato, la modifica non produce effetti sul premio dovuto per l'anno in cui è avvenuto il matrimonio.

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:
a) DIP
b) DIP Aggiuntivo
c) Condizioni di Assicurazione
d) 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

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente[5].
Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
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.

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

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 17. Descrizione delle prestazioni Assicurate

La Compagnia garantisce le prestazioni di seguito indicate, purché conseguenti ad infortunio, malattia o parto, indennizzabili a termini di contratto per le spese sostenute, direttamente o indirettamente (in rete convenzionata o in applicazione del regime rimborsuale), dall'Assicurato aderente al Piano Sanitario collettivo STANDARD P.

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che è necessario che ciascuna richiesta di indennizzo sia accompagnata da documentazione medica da cui si possa evincere il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Non è sufficiente l'indicazione del solo sintomo (es. lombalgia, sciatalgia, cervicalgia, astenia, etc.). Le prestazioni sanitarie non giustificate da alcun quesito diagnostico/diagnosi o patologia non sono indennizzabili, né lo sono le prestazioni con finalità di prevenzione e/o controllo, eccezion fatta per quelle oggetto di specifica garanzia (Art. 8.6 – Area Prevenzione).

A) AREA RICOVERI

La Compagnia garantisce il pagamento diretto o il rimborso delle prestazioni di seguito indicate, fino a concorrenza della somma complessiva di 150.000 euro per nucleo familiare e per anno assicurativo. Ferma l'applicazione di eventuali scoperti o franchigie previsti dalle singole prestazioni.
Tale massimale si intende elevato a 300.000 euro nei soli casi di interventi chirurgici riportati nell'elenco "Grandi interventi chirurgici" (allegato 2).
Inoltre, la Compagnia, in caso di intervento chirurgico riportato nella specifica Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", rimborsa le spese ivi sostenute fino a concorrenza delle somme indicate nella precitata Tabella, previa applicazione dello scoperto o della franchigia eventualmente previsti. In caso di intervento chirurgico plafonato (per il quale cioè è previsto uno specifico limite massimo di indennizzo) effettuato in forma diretta non è prevista applicazione di scoperti e/o franchigie.
I sottolimiti di rimborso di cui alla Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", sono riferiti, esclusivamente, alle spese sostenute durante il periodo di ricovero comportante l'intervento chirurgico. Gli eventuali scoperti o franchigie previsti per le singole prestazioni saranno applicati una sola volta sull'ammontare complessivo delle spese sostenute per il ricovero con intervento chirurgico, considerando tali la spesa sostenuta per il ricovero e le eventuali prestazioni sanitarie sostenute precedentemente e successivamente l'intervento chirurgico nei termini previsti dal presente art. "Area ricoveri".

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Nel caso in cui il ricovero contempli più di un intervento chirurgico individuabile nella Tabella "Elenco interventi chirurgici plafonati", la Compagnia corrisponderà l'indennizzo al 100% fino a concorrenza dell'importo plafonato per l'intervento principale (così definito dal chirurgo) e al 70% fino a concorrenza degli importi plafonati relativi agli interventi chirurgici secondari, ferma l'applicazione dello scoperto o franchigia eventualmente previsti.

Con riferimento agli "interventi plafonati" (allegato 1), nel caso in cui il preventivo della struttura scelta dall'assicurato sia superiore al limite di indennizzo previsto dalla presente copertura assicurativa, sono individuate, se disponibili sul territorio, almeno due strutture convenzionate alternative in grado di garantire la prestazione con costi di convenzionamento inferiori al limite di indennizzo.

A PRESTAZIONI CONNESSE A RICOVERI EFFETTUATI IN ISTITUTO DI CURA

1) In caso di **ricovero con intervento chirurgico**, vengono rimborsate le spese relative a:

1.1 onorari équipe medica, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato, relativi al periodo di ricovero con intervento chirurgico;

1.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

1.3 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

1.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;

1.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali le cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

1.6 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

1.7 assistenza infermieristica privata individuale;

1.8 nel caso di trapianto, si intendono ricomprese le spese sostenute a fronte di espianto da donatore.

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

2) In caso di ricovero senza intervento chirurgico (ricovero medico), vengono rimborsate le spese, fino ad un limite massimo di 5 giorni di ricovero per un massimo di 3 ricoveri anno/persona, relative a:

2.1 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

2.2 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

2.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;

2.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

2.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di 50 euro al giorno per un massimo di 5 giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

3) In caso di ricovero in regime di Day Hospital con intervento chirurgico, vengono rimborsate le spese relative a:

3.1 onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;

3.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

3.3 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 250 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

3.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;

3.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

3.6 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

3.7 assistenza infermieristica privata individuale.

4) In caso di ricovero in regime di Day Hospital senza intervento chirurgico, vengono rimborsate le spese relative a:

4.1 l'assistenza medica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

4.2 rette di degenza

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 250 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

4.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;

4.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si specifica che la Macroattività Ambulatoriale Complessa (MAC) è equiparata al Day Hospital nel caso in cui sia esibita la cartella clinica o la scheda di dimissione ospedaliera o un documento equivalente.

5) In caso di intervento chirurgico ambulatoriale, vengono rimborsate le spese relative a:

5.1 gli onorari équipe, gli eventuali diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

5.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto concomitante con l'intervento;

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

5.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento;

5.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento stesso;

5.5 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al termine dell'intervento e resi necessari dall'evento che ha determinato l'intervento stesso.

6) In caso di parto cesareo/aborto terapeutico, vengono rimborsate le spese relative a:

6.1 onorari équipe, i diritti di sala parto, il materiale di intervento;

6.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

6.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

6.4 retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato). Le prestazioni vengono rimborsate nel submassimale di 1.000,00 euro per anno e per nucleo;

6.5 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;

6.6 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

6.7 le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, effettuati nei 120 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

6.8 l'assistenza ostetrica (durante il periodo di ricovero e nei giorni precedenti e successivi ad esso). Le prestazioni vengono rimborsate nel submassimale di € 1.500,00 per anno e per nucleo;

Le spese di cui ai punti 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4 vengono rimborsate nel limite massimo di 6.000 euro per nucleo e per anno.

In caso di parto cesareo richiesto per volere della madre, e pertanto non conseguente a patologie della stessa o del nascituro che lo renderebbero necessario, si applicano le condizioni del parto fisiologico.

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

7) In caso di parto fisiologico, vengono rimborsate le spese relative a:

7.1 onorari équipe, i diritti di sala parto;

7.2 l'assistenza medico-infermieristica e ostetrica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

7.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

7.4 retta di degenza (nido), accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica prestata durante il ricovero (il tutto relativo al neonato Le prestazioni vengono rimborsate nel submassimale di 1.000,00 euro per anno e per nucleo;

7.5 accertamenti diagnostici ed onorari per visite specialistiche e ostetriche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;

7.6 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche, infermieristiche e ostetriche, cure, effettuate nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e rese necessarie dal parto.

Le spese di cui ai punti 7.1, 7.2, 7.3 e 7.4 vengono rimborsate nel limite massimo di 3.000 euro per nucleo e per anno.

8) In caso di intervento chirurgico odontoiatrico (osteiti mascellari, neoplasie ossee della mandibola o della mascella, cisti follicolari o radicolari, adamantinoma e odontoma), vengono rimborsate le spese relative a:

8.1 onorari medico specialista, implantologia dentale, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto relativo all'intervento;

8.2 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento;

8.3 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta (l'importo si riduce a 250 euro giornaliere, in caso di ricovero in regime di Day Hospital). Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie.

8.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, cure, effettuate nei 100 giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

Le spese di cui ai punti 8.1, 8.2, 8.3 e 8.4, vengono rimborsate nel limite massimo di 10.000 euro per nucleo e per anno.

La documentazione medica necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- radiografie e referti radiologici per osteiti mascellari, cisti follicolari, cisti radicolari, adamantinoma, odontoma;
- referti medici attestanti le neoplasie ossee della mandibola e/o della mascella.

9) In caso di miopia con differenziale tra gli occhi superiore a 4 diottrie (purché non causato da precedente intervento correttivo) o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie, vengono rimborsate le spese relative a:

9.1 intervento di chirurgia refrattiva e trattamenti con laser ad eccimeri, onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;

9.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

9.3 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta (l'importo si riduce a 250 euro giornaliere, in caso di ricovero in regime di Day Hospital);

Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

9.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti l'intervento;

9.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche effettuati nei 100 giorni successivi all'intervento e rese necessarie dall'intervento medesimo.

10) In caso di intervento chirurgico a scopo ricostruttivo a seguito di mastectomia o quadrantectomia, per il relativo intervento di adeguamento contro laterale, compreso il supporto psicologico, vengono rimborsate le spese relative a:

10.1 onorari équipe, i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;

10.2 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

10.3 rette di degenza senza alcuna limitazione giornaliera. Non sono comunque ricomprese le spese voluttuarie;

10.4 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 90 giorni precedenti il ricovero;

10.5 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali cure

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 90 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo.

Le spese di cui ai punti 10.1, 10.2, 10.3, 10.4 e 10.5 vengono rimborsate nel limite massimo di 5.000 euro per nucleo e per anno.

11) In caso di ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica, vengono rimborsate le spese relative a:

11.1 assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

11.2 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

11.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;

11.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

11.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di 50 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

12) In caso di ricovero senza intervento chirurgico per Gravi Eventi Morbosi elencati nell'allegato n. 3, vengono rimborsate le spese relative a:

12.1 l'assistenza medica ed infermieristica, le consulenze medico-specialistiche, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

12.2 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 300 euro giornalieri, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta.

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie;

12.3 accertamenti diagnostici ed onorari medici per visite specialistiche, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero;

12.4 accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure anche termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei 100 giorni successivi al termine del ricovero e resi necessari dall'evento che ha determinato il ricovero medesimo;

12.5 assistenza infermieristica privata individuale, fino a concorrenza di 50 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per evento, in caso di ricovero senza intervento chirurgico.

13) In caso di ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza, qualora:

- vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica nell'ambito del medesimo ricovero e la degenza complessiva si sia protratta per oltre i 30 giorni;

- vi sia stato un ricovero con intervento chirurgico e ulteriore ricovero presso altro istituto di Cura specializzato in riabilitazione post chirurgica e la degenza complessiva si sia protratta per oltre i 30 giorni;

vengono rimborsate le seguenti spese erogate presso strutture sanitarie dedicate:

13.1 Onorari medici, le cure, gli accertamenti diagnostici, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali trattamenti fisioterapici e rieducativi, i medicinali, il tutto effettuato durante il periodo di ricovero;

13.2 rette di degenza:

- senza alcuna limitazione giornaliera per i ricoveri effettuati in forma diretta (in tal caso sia l'Istituto di cura, sia l'équipe medica devono essere convenzionati);

- fino a concorrenza di 200 euro giornalieri per i primi 6 mesi e di 150,00 euro per i successivi mesi di permanenza, per tutti gli altri ricoveri effettuati in forma indiretta. Tale previsione si applica a partire dal 31° giorno di degenza complessiva; sino al 30° giorno di degenza complessiva, saranno applicate le previsioni relative alle rette di degenza di cui al ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica.

Sono in ogni caso escluse le spese voluttuarie.

Qualora la degenza riabilitativa venga effettuata in strutture sanitarie non dedicate alla lungodegenza, a partire dal 31° giorno di degenza complessiva verranno rimborsate rette di degenza fino a concorrenza di 100 euro giornalieri, per i ricoveri effettuati sia in forma diretta che indiretta.

Nei casi in cui non siano presenti strutture sanitarie dedicate alla lungodegenza:

- entro 50 Km dalla residenza/domicilio dell'Assicurato;

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- oppure, se il ricovero con intervento chirurgico e riabilitazione post chirurgica è avvenuto in altra città rispetto a quella di residenza/domicilio e l'Assicurato decida di proseguire il ricovero nella stessa città, entro 50 Km dal luogo in cui si trova la struttura sanitaria in cui è avvenuto il predetto ricovero,

saranno applicate le previsioni di cui al punto 13.2 rette di degenza del ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza.

La Compagnia copre anche le spese per i seguenti interventi di chirurgia plastica, avvenuti in vigenza di polizza, nei seguenti casi:

1) interventi a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 3 anni;

2) interventi a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza;

3) interventi a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) indennizzabili come da polizza.

4) interventi di adeguamento contro laterale relativi a intervento chirurgico a scopo ricostruttivo eseguito a seguito di mastectomia o quadrantectomia

Le spese per gli interventi di cui ai punti 1) 2) e 3) vengono indennizzate ai sensi della lettera "A" punto 1.

Le spese per gli interventi di cui ai punti 4) vengono indennizzate ai sensi della lettera "A" punto 10.

B SCOPERTO

Il pagamento delle spese di cui alla precedente lettera A avviene con le seguenti modalità.

Ricoveri effettuati in forma diretta

La liquidazione avviene con le seguenti modalità:

lettera A punto 1): applicazione di una franchigia di 1.500 euro per ricovero;

lettera A punti 2), 3), 4), 11), 12) e 13): applicazione di una franchigia di 500 euro per ricovero;

lettera A punto 5): applicazione di una franchigia di 350 euro per evento;

lettera A punti 6) 7): non viene applicato alcuna franchigia;

lettera A punti 8) e 9): applicazione di una franchigia di 200 euro per ricovero;

lettera A punto 10): applicazione di una franchigia di1.000 euro per ricovero;

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Le franchigie sopra indicate, ove previste, si applicano anche alle prestazioni sanitarie precedenti e successive al ricovero, nel caso in cui non siano effettuate in regime di convenzione diretta.

In caso di intervento chirurgico compreso nell'"Elenco grandi interventi chirurgici": franchigia di 1.250 euro per ricovero.

Ricoveri effettuati in forma indiretta

La liquidazione avviene con le seguenti modalità:

lettera A punto 1): applicazione di uno scoperto del 25% con un minimo di 2.000 euro per ricovero;

lettera A punto 2), 3),11), 12) e 13): applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di 1.750 euro per ricovero;

lettera A punto 4): applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di 1.500 euro per ricovero;

lettera A punto 9): applicazione di uno scoperto del 10% con un minimo di 1.000 euro per ricovero;

lettera A punto 5): applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di 750 euro per intervento;

lettera A punti 6) 7): non viene applicato alcuno scoperto;

lettera A punti 8) e 10): applicazione di uno scoperto del 20% con un minimo di 1.000 euro per intervento;

In caso di intervento chirurgico compreso nell'"Elenco grandi interventi chirurgici": scoperto del 25% con un minimo di 1.750 euro per ricovero.

Ricoveri effettuati in forma mista

Il regime misto è accessibile al ricorrere delle seguenti circostanze:

- struttura sanitaria convenzionata e prestazione effettuata da medici/equipe medica non convenzionata
- struttura sanitaria convenzionata e prestazione non convenzionata

In questo caso si applicano:

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- le condizioni previste per la forma diretta, con riferimento ai costi della struttura sanitaria convenzionata;
- le condizioni previste per la forma indiretta, con riferimento alle prestazioni effettuate da medici non convenzionati/èquipe medica non convenzionata e/o alle prestazioni non convenzionate.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta in caso di ricovero con intervento chirurgico
Massimale € 150.000,00
Costo dell'intervento € 7.000,00
Franchigia € 1.500,00
Prestazione autorizzata € 7.000,00 di cui € 5.500,00 a carico della Compagnia e € 1.500,00 a carico dell'Assicurato

Regime misto in caso di ricovero con intervento chirurgico (struttura convenzionata e prestazioni effettuate da medici non convenzionati)
Massimale € 150.000,00
Costo dell'intervento € 20.000,00
Costo della struttura € 8.000,00
Franchigia € 1.500,00
Prestazione autorizzata € 8.000.00 di cui € 6.500,00 a carico della Compagnia e € 1.500,00 a carico dell'Assicurato
Costo dei medici non convenzionati € 12.000,00
Scoperto del 25% con minimo € 2.000,00
Indennizzo € 9.000,00 (€ 12.000,00 - € 3.000,00, perché lo scoperto del 25% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)
Pertanto, la Compagnia copre complessivamente 15.5000,00 a fronte di un sinistro complessivo di euro 20.000,00 La quota che resta a carico dell'Assicurato è pari a € 4.500,00

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che non possono essere riconsiderate per la liquidazione nell'ambito dell'Area ricovero le prestazioni effettuate nei 100 giorni precedenti il ricovero che siano già state indennizzate nell'ambito dell'Area Prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali.

C SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Con riferimento al solo ricovero, qualora le prestazioni disciplinate nella precedente lettera A (fatta eccezione per quelle di cui al punto 5) siano 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 intervento chirurgico;

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- 60 euro giornalieri per i ricoveri senza intervento chirurgico
- 100 euro giornalieri in caso di Grande Intervento Chirurgico;

Nei casi di ricovero in regime di Day Hospital, che si sia esaurito in giornata, viene corrisposta un'indennità sostitutiva pari a:

- 40 euro giornalieri per i ricoveri con intervento chirurgico
- 30 euro giornalieri per i ricoveri senza intervento chirurgico.

Le indennità giornaliere del presente paragrafo sono corrisposte nel limite massimo di 180 giorni per persona e per anno e non sono previste per le prestazioni disciplinate nel successivo art. 9.5 "Area prestazioni accessorie" alla lettera G.

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

La Compagnia rimborsa in ogni caso le prestazioni sostenute precedentemente e successivamente il ricovero – indennizzabili a termini di contratto – nel rispetto di quanto disposto alla precedente lettera A, senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia.

Qualora il ricovero avvenga in regime di intramoenia le spese sostenute vengono rimborsate secondo quanto indicato alla lettera A, con l'applicazione degli scoperti di cui alle voci relative ai ricoveri effettuati in forma indiretta.

D ACCOMPAGNATORE

Con riferimento alle prestazioni di cui alla lettera A, punti 1), 2), 3), 4), 5) 6), 7), 10), 11) e 12) vengono altresì rimborsate le spese relative a vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera e le spese di trasporto per un accompagnatore dell'Assicurato, con il limite giornaliero di 60 euro e con un massimo di 30 giorni per nucleo e per anno.
Tale garanzia non è operante per i ricoveri effettuati a totale carico del SSN disciplinati alla precedente lettera C.

E TRASPORTO SANITARIO

Sono rimborsate le spese di 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 ad un altro, con mezzo di trasporto sanitario se in Italia, con qualunque mezzo di trasporto anche non sanitario qualora l'Assicurato si trovi all'estero. In quest'ultimo caso, qualora venga utilizzata un'auto propria, sono rimborsate le spese sostenute per pedaggi e consumo di carburante contro presentazione dei relativi giustificativi di spesa.
Il rimborso delle spese sostenute a questo titolo avviene entro il limite di 2.000 euro per nucleo e per anno. La presente prestazione è rimborsata limitatamente ai casi disciplinati alle precedenti lettere A (esclusi i punti 5), 8), 9) e C.

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

B) AREA PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE, SPECIALISTICHE E/O AMBULATORIALI

A.1 CURE E DIAGNOSTICA DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Compagnia rimborsa, entro il limite massimo di 5.000 euro per nucleo e per anno, le prestazioni di "alta specializzazione" di cui al seguente elenco.

Diagnostica di Alta Diagnostica

- Amniocentesi oltre il 35° anno di età o se prescritta a seguito di sospetta malformazione del feto
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Risonanza Magnetica Nucleare con o senza mezzo di contrasto
- Scialografia
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) con o senza mezzo di contrasto
- Urografia
- Vesciculodeferentografia

Terapie attinenti patologie oncologiche

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Radioterapia

Terapie

- Alcoolizzazione

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- Dialisi
- Laserterapia (esclusa se effettuata a fini chirurgici e riabilitativi; per quest'ultimi, è comunque compresa quella effettuata per patologie in forma acuta entro il limite massimo di 18 sedute)

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che laddove la laserterapia sia effettuata per eliminare o ridurre la persistenza di dolore a seguito di intervento chirurgico in esiti di frattura, si è in presenza di uno stato patologico "in forma acuta", e pertanto indennizzabile ai sensi di polizza.

Accertamenti endoscopici

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- Rettoscopia

La presente garanzia è operante anche nel caso in cui l'accertamento endoscopico richieda, contestualmente – a completamento dell'analisi – prelievo bioptico.

Gli interventi effettuati tramite endoscopia sono rimborsati esclusivamente nell'ambito e nei termini previsti per gli "interventi chirurgici ambulatoriali.

A.2 TEST GENETICI PRENATALI NON INVASIVI SU DNA FETALE

La Compagnia rimborsa, entro il limite per nucleo e per anno di cui alla lettera A.1, le spese sostenute per test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (es. Harmony test, Prenatal Safe, ecc.). La presente garanzia verrà riconosciuta se effettuata da Assicurati a partire dai 30 anni di età o se prescritta a seguito di patologia in essere o sospetta.

In assenza di patologia in essere o sospetta, viene comunque accettata l'indicazione "ricerca di alterazioni cromosomiche", ove assistita da elementi oggettivi di evidenza di rischio potenziale.

B DIAGNOSTICA ORDINARIA E VISITE SPECIALISTICHE

La Compagnia rimborsa inoltre fino a concorrenza di 3.000 euro per nucleo e per anno:

1. analisi ed esami diagnostici, con esclusione di quelli elencati alle lettere A.1 e A.2 della presente "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali" e degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici non resi necessari da infortunio. In quest'ultimo caso, i predetti accertamenti vengono rimborsati purché conseguenti ad infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 48 ore dall'evento e lo stesso sia occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione dell'accertamento;

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

2. onorari medici per visite specialistiche, con esclusione di quelle pediatriche e di quelle odontoiatriche e ortodontiche non rese necessarie da infortunio. In quest'ultimo caso, le predette visite vengono rimborsate purché conseguenti ad infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 48 ore dall'evento e lo stesso sia occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della visita;

   Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che laddove un intervento chirurgico ambulatoriale sia immediatamente preceduto da una visita eseguita dal medesimo professionista che esegue l'intervento, tesa a verificare le condizioni dell'assicurato e l'esistenza delle condizioni di procedibilità per l'intervento, questa fa parte dell'intervento ambulatoriale stesso e non può essere liquidata autonomamente.

   Ai fini del rimborso delle visite specialistiche soprariportate, tali prestazioni devono essere effettuate da medico con specializzazione attinente alla patologia denunciata.

   Si precisa inoltre che gli atti medici (ad esempio le infiltrazioni) prevedono l'indennizzo della sola prestazione del medico e non anche del farmaco, il cui costo resta a carico dell'Assicurato.

   Si precisa che sono rimborsabili anche le visite specialistiche (anche più di una) e gli accertamenti diagnostici effettuati per accertare lo stato patologico dell'assicurato (malattia mentale/psichiatrica) e supportate da prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e/o la diagnosi. La Compagnia si riserva comunque di richiedere documentazione medica integrativa o il referto redatto da medico specialista.

   Tali prestazioni sono liquidate anche in tutti i casi in cui il medico si reca al domicilio dell'Assicurato nei casi in cui quest'ultimo sia impossibilitato a muoversi (elemento che deve essere certificato dal medico curante o dalla struttura medica che lo aveva in cura), e nel caso di visite specialistiche in età pediatrica (sino ai 14 anni di età del bambino).

Le prestazioni di cui alle precedenti lettere **A.1, A.2 e B** vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con l'applicazione di:

- una franchigia di 60 euro per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e purché relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di 75 euro per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 45% con il minimo di 112,50 euro per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta;
- uno scoperto 60% con il minimo di 150 euro per fattura (anche se comprensiva di più prestazioni sostenute e relative al medesimo quesito diagnostico o patologia) se

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta.

Esempi per lettera A.1.

Regime di Assistenza diretta
Massimale € 5.000,00
Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00
Franchigia € 60,00
Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 185,00 a carico della Compagnia e € 65,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale in cliniche TOP senza attivazione dell'assistenza diretta
Massimale € 5.000,00
Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00
Scoperto 60% minimo € 150,00
Indennizzo € 95,00 (€ 245,00 - € 150,00, perché lo scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

C CURE ONCOLOGICHE

La Compagnia rimborsa, fino a concorrenza di 10.000 euro per nucleo e per anno, le prestazioni legate a patologie oncologiche sostenute per:

- assistenza infermieristica domiciliare;
- chemioterapia;
- radioterapia;
- altre terapie finalizzate alle cure oncologiche;
- visite specialistiche.

Ai fini dell'indennizzo delle terapie e visite specialistiche soprariportate, tali prestazioni devono essere effettuate da medico con specializzazione attinente alla patologia denunciata.

Qualora le suindicate prestazioni siano contemplate anche nelle precedenti lettere A e B della presente "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali", in caso di rimborso delle prestazioni, si procederà - in primo luogo – ad erogare il massimale previsto per la presente garanzia "Cure oncologiche". Ad esaurimento del predetto massimale, verrà utilizzato quello previsto per le suddette lettere A e B.

La presente garanzia non è operante nel caso in cui le cure oncologiche siano effettuate in regime di ricovero, anche in day hospital.

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che le visite specialistiche per follow up oncologico sono liquidate nell'ambito della presente garanzia per un periodo massimo di 10 anni dalla data di insorgenza della patologia.

D PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

La Compagnia copre, fino a concorrenza di 1.400 euro per nucleo e per anno, le spese sostenute per fisioterapia esclusivamente presso Centri Medici, effettuata da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo a seguito di:

- Infortunio, documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 48 ore dall'evento ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della prestazione fisioterapica;
- ictus cerebrale;
- neoplasie;
- forme neurologiche degenerative e omeoblastiche; a titolo esemplificativo: sclerosi multipla, sclerosi laterale amiotrofica (SLA) e tutte le forme neurologiche croniche dovute a processi degenerativi a carico del sistema nervoso centrale;
- forme neuromiopatiche: forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare;
- interventi cardiochirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti.

Nei soli 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.

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa, si precisa che le prestazioni fisioterapiche prescritte a seguito di Ricovero necessarie per recuperare la salute sono erogate con le modalità e i limiti descritti all'interno dei punti A "Prestazioni connesse a ricoveri effettuati in Istituto di Cura" e B "scoperti". In tali circostanze pertanto l'Assicurato non può usufruire della presente garanzia, che opera invece nei casi in cui la fisioterapia sia prescritta direttamente come terapia da eseguire a seguito di uno degli eventi sopra indicati.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione del medico specialista e con l'applicazione di:

- una franchigia di 40 euro per ogni ciclo di cura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di 60 euro per ogni ciclo di cura, se non effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di 90 euro per ogni ciclo di cura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta);

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- uno scoperto 40% con il minimo di € 120 euro per ogni ciclo di cura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta.

Al fine dell'applicazione di un unico scoperto o franchigia, la richiesta di rimborso deve essere presentata dall'Assicurato al termine del ciclo di cura.

Con riferimento alle casistiche di cui sopra e previa prescrizione medica, alternativamente all'erogazione presso una Struttura sanitaria convenzionata, l'Assicurato può richiedere attraverso la Centrale Operativa di poter fruire delle prestazioni direttamente presso il proprio domicilio. In questo caso le prestazioni vengono rimborsate con l'applicazione di una franchigia di 20 euro ad accesso.

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che:

- le prestazioni fisioterapiche eseguite da medico specializzato (ad esempio in fisiokinesiterapia) sono rimborsabili anche se non sono rese presso centri medici;
- le prestazioni fisioterapiche eseguite da fisioterapista sono rimborsabili solo se rese presso centri medici dotati di direzione sanitaria (posti dunque sotto il governo di un medico).

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le terapie effettuate in centri fitness o estetici.

Esempi per lettera D

Regime di Assistenza diretta
Massimale € 1.400,00
Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00
Franchigia € 40,00 per ciclo di cura
Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 200,00 a carico della Compagnia e € 40,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale
Massimale € 1.400,00
Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00
Scoperto 20% minimo € 60,00 per ciclo di cura
Indennizzo € 180,00 (€ 240,00 - € 60,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

Regime di assistenza diretta domiciliare
Massimale € 1.400,00
Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00
Franchigia € 20,00 ad accesso
Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 180,00 a carico della Compagnia e € 60,00 a carico dell'Assicurato

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

E LOGOPEDIA

La Compagnia copre, fino a concorrenza di 1.000 euro per nucleo e per anno, le spese sostenute per logopedia a seguito di infortunio (documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 48 ore dall'evento ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione della logopedia) o di malattia, purché effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate dietro prescrizione medica o specialistica e con applicazioni di:

- una franchigia di 40 euro per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di 60 euro per fattura, se effettuate in strutture sanitarie non convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di € 90 euro per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta;
- uno scoperto 40% con il minimo di 120 euro per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta.

Esempi per lettera E

Regime di Assistenza diretta
Massimale € 1.000,00
Costo della logopedia (10 sedute) € 400,00
Franchigia € 40,00
Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 360,00 a carico della Compagnia e € 40,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale in Cliniche TOP senza attivazione dell'assistenza diretta
Massimale € 1.000,00
Richiesta di rimborso per 10 sedute: € 400,00
Scoperto 40% minimo € 120,00
Indennizzo € 240,00 (€ 400,00 – 40%)

F DISTURBI SPECIFICI DELL'APPRENDIMENTO DEL MINORE (DSA)

La Compagnia copre, fino a concorrenza di 1.500 euro per nucleo e per anno per i casi definiti moderati o severi, secondo DSM – 5, oppure fino a concorrenza di 500 euro per nucleo e per anno per i casi definiti lievi, secondo DSM – 5, le spese sostenute per il trattamento e le cure dei disturbi specifici dell'apprendimento (DSA), secondo quanto previsto dal DSM – 5, a condizione che:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- ✓ la diagnosi sia certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale;
- ✓ la prestazione sia prescritta da un medico specialista o dal medico di base.

La Compagnia indennizza tali spese con applicazione di:

- una franchigia di 40 euro per fattura, se effettuate in strutture sanitarie convenzionate;
- uno scoperto del 20% con il minimo di 60 euro per fattura, se effettuate in strutture sanitarie non convenzionate;
- uno scoperto 30% con il minimo di 90 euro per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate senza attivazione della forma diretta;
- uno scoperto 40% con il minimo di 120 euro per fattura se effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate nell'"Elenco Cliniche TOP" senza attivazione della forma diretta.

Esempi per lettera F

Regime di Assistenza diretta
Massimale per casi moderati o severi € 1.500,00
Costo delle cure € 130,00
Franchigia € 40,00 per fattura
Prestazione autorizzata € 130,00 di cui € 90,00 a carico della Compagnia e € 40,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale
Massimale per casi lievi € 500,00
Costo delle cure: € 80,00
Scoperto 20% minimo € 60,00 per fattura
Indennizzo € 240,00 (€ 80,00 – € 60,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

G PROTESI ORTOPEDICHE ED ACUSTICHE

La Compagnia rimborsa, fino a concorrenza di 3.000 euro per nucleo e per anno, le spese per acquisto, riparazione e sostituzione di protesi ortopediche ed acustiche.

Esempio per lettera G
Regime rimborsuale
Massimale € 3.000,00
Costo della protesi: € 200,00
Nessuno scoperto o franchigia
Indennizzo € 200,00

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

H CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

La Compagnia, rimborsa fino a concorrenza di 4.000 euro per nucleo e per anno, le spese per cure dentarie effettuate in ambulatorio, rese necessarie da infortunio (documentato da certificato di Pronto Soccorso redatto entro 48 ore dall'evento ed occorso entro i 24 mesi antecedenti l'effettuazione delle cure).

Esempi per lettera H

Regime rimborsuale
Massimale € 4.000,00
Costo per cure dentarie da infortunio: € 400,00
Nessuno scoperto o franchigia
Indennizzo € 400,00

I TICKET (Servizio Sanitario Nazionale)

La Compagnia rimborsa integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto) le spese sostenute a titolo di ticket sanitario per qualunque prestazione disciplinata nel presente documento, entro i limiti massimi previsti per ogni singola prestazione.

J PACCHETTO MATERNITÀ

Vengono rimborsate le spese sostenute per visite ed accertamenti di controllo nei primi 6 mesi di gravidanza, senza applicazione di alcuno scoperto.

In caso di aborto spontaneo/naturale, entro 3 mesi dall'evento, la Compagnia rimborsa integralmente 1 visita ginecologica di controllo e massimo 3 visite di supporto psicologico, sia in rete che fuori rete.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a 500 euro a nucleo.

Esempi per lettera M

Regime di assistenza diretta o rimborsuale
Massimale € 500,00
Costo della visita: € 100,00
Nessuno scoperto o franchigia
Indennizzo € 100,00

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

C) AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE

A PRESTAZIONI IN PRONTO SOCCORSO

La Compagnia, rimborsa, fino a concorrenza di 1.000 euro per evento e per anno, le spese sostenute per prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio che non abbiano comportato ricovero.

Il rimborso comprende le spese sostenute per le seguenti prestazioni (purché prescritte dal Pronto Soccorso): applicazione e rimozione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali e trasporto.

Esempi per lettera A

Regime rimborsuale
Massimale € 1.000,00
Costo della prestazione di pronto soccorso € 200,00
Nessuno Scoperto o franchigia
Indennizzo € 200,00

B CURA TOSSICODIPENDENTI

A titolo di contributo a fronte di spese sostenute per il recupero da tossicodipendenza presso comunità terapeutiche convenzionate ASL, la Compagnia corrisponde una somma pari a 3.000 euro per persona e per anno, fino a concorrenza di 30.000 euro annui complessivi per la totalità degli Assicurati con la presente polizza.

Il rimborso relativo alla presente garanzia viene effettuato in un'unica soluzione al termine dell'annualità assicurativa.

Il termine per la presentazione di richieste di rimborso relative alla presente prestazione si intende fissato al 31 gennaio di ogni anno successivo a quello nel quale è stata sostenuta la spesa per la quale si chiede il rimborso medesimo. Qualora la somma complessiva delle richieste superi il limite annuo sopraindicato, l'importo di 30.000 euro verrà ripartito proporzionalmente fra coloro che abbiano presentato richiesta.

Eventuali richieste che venissero presentate successivamente al 31 gennaio, se rimborsabili e previa verifica della disponibilità, verranno rimborsate nell'ambito del massimale della successiva annualità.

C ANTICIPO SPESE SANITARIE

Nei casi di ricovero per Grande Intervento chirurgico (allegato 2) effettuato in forma indiretta, viene corrisposto, su richiesta dell'Assicurato per il tramite della Contraente, un importo nella misura massima del 50% delle spese da sostenere e, comunque, entro il 50% del massimale ricovero previsto, fermo il conguaglio a cure ultimate.

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

L'Assicurato, unitamente alla richiesta di corresponsione dell'anticipo, dovrà produrre idonea documentazione medica ai fini della valutazione dell'operatività della copertura assistenziale.

D ASSISTENZA INGERMIERISTICA

La Compagnia, rimborsa fino a concorrenza di 50 euro al giorno per un massimo di 90 giorni per nucleo e per anno, le spese sostenute per l'assistenza medica ed infermieristica a domicilio qualora resa necessaria da malattia terminale comprovata da idonea certificazione medica e/o ospedaliera.

E RIMPATRIO SALMA

La Compagnia rimborsa fino a concorrenza di 2.000 euro per evento, le spese sostenute per il trasporto della salma al luogo di sepoltura in Italia, in caso di morte dell'Assicurato a seguito di ricovero (anche in regime di day hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico indennizzabile ai sensi di polizza.

Sono escluse dal rimborso le spese relative alle cerimonie funebri e all'inumazione.

F PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

La Compagnia rimborsa fino a concorrenza di 700 euro per nucleo e per anno, senza applicazione di franchigie o scoperti, le spese sostenute per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della Procreazione Medicalmente Assistita;
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

Sono escluse dal rimborso le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'Assicurato ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

Per questa tipologia di interventi non è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera prevista dalla sezione A, "Area ricoveri", lettera C "Servizio Sanitario Nazionale".

G ASSISTENZA POST PARTO

La Compagnia liquida le seguenti prestazioni finalizzate al pieno recupero a seguito di parto, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

1. Supporto psicologico post parto

Entro 3 (tre) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

2. Controllo Arti Inferiori

Entro 6 (sei) mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

3. Week-end benessere

Entro 1 (un) anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'eduzione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

H CURE TERMALI PER MINORI

La Compagnia liquida, fino a massimo 1 (un) ciclo per anno (max. 12 sedute consecutive con una interruzione a metà ciclo), le prestazioni per cure termali, cure inalatorie e politzer effettuate dal minore Assicurato a seguito di malattia o infortunio, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse per un importo massimo pari ad 35 euro a seduta.

Sono inoltre previste una visita di inizio cura e una visita fine cura senza applicazione di alcuno scoperto e franchigia.

Sono in ogni caso escluse dalla copertura le spese alberghiere del minore e dell'eventuale accompagnatore.

I SINDROME DI DOWN

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) accertata nei primi 3 anni di vita, viene corrisposta un'indennità pari a 1.000 euro per neonato e per anno.

L'indennità di cui al presente paragrafo è corrisposta solo se il figlio è inserito in copertura per un periodo massimo di 5 anni.

J NEONATI

L'Assicurazione si intende gratuitamente operante nei confronti dei neonati purché la comunicazione alla Compagnia venga effettuata entro 90 giorni dalla nascita. Resta inteso che la garanzia si intende inoltre estesa alle cure ed agli interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita. Tuttavia, qualora le predette malformazioni e/o difetti fisici congeniti siano evidenti fin dal primo anno di vita del neonato stesso e sia accertabile e documentabile dal punto di vista medico-clinico l'impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita, il periodo utile entro il quale l'intervento è rimborsabile – a termini di contratto – è elevato ai primi 10 anni di vita sempreché l'Assicurato permanga in copertura.

K CONTO SALUTE

Il Conto Salute rappresenta una forma di accumulo per finalità sanitaria finalizzata a garantire al nucleo familiare di accumulare, per le annualità successive alla prima, una parte delle disponibilità economiche per le prestazioni non utilizzate in un anno assicurativo.

CONTO SALUTE

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

A. Bonus di Buona Salute

Qualora l'Assicurato nel corso del biennio presenti un rapporto tra Sinistri e Contributi per il proprio nucleo familiare pari o inferiore al 75% ed abbia effettuato senza soluzione di continuità nel periodo di copertura i protocolli di prevenzione di Cassa Uni.C.A. sarà automaticamente accreditato sul suo Conto Salute un importo pari al 20% dell'ammontare del contributo dell'ultimo anno. Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).

Si precisa che, con riferimento al calcolo del rapporto sopra indicato:

- per "Sinistri" si intende il controvalore complessivo di tutto quanto la Compagnia ha corrisposto nei 2 anni a titolo di indennizzo agli Assicurati del Nucleo familiare, sotto forma di importi presi in carico di prestazioni erogate in forma diretta, rimborsi, diarie, indennità ai sensi della presente Assicurazione;
- per "Contributi" si intende il controvalore complessivo dei contributi corrisposti dall'Assicurato alla Contraente nei 2 anni per la copertura del Nucleo familiare.

B. Risparmio Sanitario

Qualora il Nucleo familiare nel corso dell'annualità non abbia ottenuto l'indennizzo di alcuna prestazione Sanitaria (con l'eccezione dei protocolli di prevenzione di Cassa Uni.C.A. che non rientrano in questo computo) ha facoltà di richiedere l'accredito sul proprio Conto Salute del risparmio conseguito nell'annualità nella misura del 10% del contributo annuo.
Tale importo potrà essere utilizzato per incrementare, in ogni caso fino a concorrenza dell'importo di spesa, nelle annualità successive l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare e/o per ridurre l'incidenza di eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie).

L INDENNITÀ PER LE SPESE SANITARIE ED ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I GENITORI RICOVERATI IN RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE (RSA)

La garanzia prevede la corresponsione di un'indennità erogata, a titolo di forfait, pari a 350 euro anno/persona, senza applicazione di scoperti o franchigie, per le spese mediche, sanitarie e di assistenza eventualmente sostenute dagli Aderenti per i genitori ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato in quanto non autosufficienti o non più in grado di rimanere al proprio domicilio per la compromissione, anche molto grave, delle loro condizioni di salute e di autonomia.

La prestazione è accessibile per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non abbiano ottenuto il rimborso di alcuna prestazione sanitaria.

L'indennizzo verrà corrisposto qualora il ricovero in Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) abbia avuto una durata di almeno 12 mesi consecutivi a partire dalla decorrenza della presente copertura assicurativa.

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

D) AREA PREVENZIONE

Prima di effettuare le prestazioni previste dalla presente sezione, si consiglia di consultare la propria ASL o il proprio medico di fiducia per la presenza di possibili controindicazioni ed effetti collaterali importanti, in considerazione dell'età e dello stato di salute dell'Assicurato.

A VISITE DI CONTROLLO

La Compagnia liquida integralmente (ossia senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia), per ogni Assicurato, 1 (una) visita specialistica al mese in qualsiasi giorno della settimana e in qualsiasi specializzazione, effettuabile esclusivamente presso le Strutture convenzionate con il Network Previmedical, previa prenotazione.

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate anche in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

Si precisa che l'Assicurato può eseguire non più di una visita per mese e che, se in alcuni mesi non ha eseguito visite, non può richiedere l'esecuzione di queste visite nei mesi successivi, sommandole a quella mensile già prevista.

Esempio per lettera A "Visite di controllo"

Decorrenza della presente copertura assicurativa: 01/01/2022
Visite riconosciute all'assicurato nel corso del biennio: 24, 1 per mese
Nessuna visita di controllo effettuate nei primi 3 mesi dell'anno 2022
Visite residue riconosciute all'assicurato: 21, 1 per mese
Aprile 2022: effettuazione da parte dell'assicurato di una visita di controllo cardiologica
Visite residue riconosciute all'assicurato: 20, 1 per mese
Maggio 2022: effettuazione da parte dell'assicurato di una visita di controllo cardiologica
Visite residue riconosciute all'assicurato: 19, 1 per mese

B VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

La Compagnia liquida integralmente (senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assicurato) le prestazioni per la vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale: è prevista la somministrazione di un vaccino all'anno per assicurato.

La prestazione è erogata esclusivamente in regime indiretto a seguito di presentazione della copia della fattura o scontrino di acquisto.

C PREVENZIONE HERPES ZOSTER

La Compagnia liquida le prestazioni per la prevenzione dell'Herpes Zoster e delle sue complicanze a tutti gli Assicurati con età superiore a 55 anni effettuate sia in forma diretta

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

presso le Strutture convenzionate con il Network Previmedical (previa prenotazione) che in regime rimborsuale.

Le prestazioni sopra elencate sono considerate come trattamento di natura preventiva e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

È prevista una franchigia di € 36,15 per prestazione.

D CONTROLLO PEDIATRICO

Visita specialistica pediatrica di controllo. La visita viene effettuata in strutture sanitarie convenzionate nei confronti di Assicurati minori di età tra quelli presenti nel Nucleo familiare e previamente inseriti in copertura, alle seguenti condizioni ed età:

- 1 (una) visita tra 6 mesi e 12 mesi di età
- 1 (una) visita a 4 anni di età
- 1 (una) visita a 6 anni di età

Le prestazioni sopra elencate vengono liquidate in caso di consulto/mero controllo e pertanto, in fase di autorizzazione, non è necessaria alcuna prescrizione medica o specialistica.

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Compagnia alle strutture sanitarie con applicazione di una franchigia di 36,15 euro per prestazione.

E CONTROLLO NUTRIZIONALE E DIETA PERSONALIZZATA

La presente garanzia prevede le spese sostenute per 1 consulto e dieta personalizzata per biennio assicurativo a persona.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è illimitato.

In caso di utilizzo di Strutture sanitarie non convenzionate, il limite complessivo di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di 80 euro biennio/persona, di cui 50 euro per la visita e 30 euro per la dieta.

F CONSERVAZIONE DELLE CELLULE STAMINALI

La Compagnia rimborsa fino a concorrenza di 500 euro per nucleo e per anno, senza applicazione di franchigie o scoperti, le spese sostenute per la conservazione familiare e autologa delle cellule staminali cordonali, sia in rete che fuori rete.

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 18. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

1) gli infortuni di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto dalla sezione A "Area ricoveri", lettera A), punto 9
2) le protesi dentarie, la cura delle paraodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dalla sezione A "Area ricoveri", lettera A, punto 8 e dalla sezione B "Area prestazioni extraospedaliere specialistiche e/o ambulatoriali", lettera H
3) 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;
   - interventi di adeguamento contro laterale relativi a intervento chirurgico a scopo ricostruttivo eseguito a seguito di mastectomia o quadrantectomia nell'ambito del submassimale previsto dalla sezione A "Area ricoveri", lettera "A" punto 10
4) 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;
5) 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;
6) le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
   - abuso di alcolici;
   - uso di allucinogeni;
   - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
7) l'aborto volontario non terapeutico;
8) la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio e fatto salvo quanto previsto dalla sezione C "Area prestazioni accessorie", lettera K "Neonati";
9) tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita, fatto salvo quanto previsto dalla garanzia prevista dalla sezione C "Area prestazioni accessorie", lettera G "Procreazione medicalmente assistita". Per questa tipologia di interventi non

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera prevista dalla sezione A "Area ricoveri", lettera C "Servizio Sanitario Nazionale";

10) 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;
11) check-up clinici;
12) agopuntura;
13) 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;
14) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
15) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
16) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
17) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
18) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
19) le spese sostenute in conseguenza delle seguenti malattie mentali: psicosi, disturbi nevrotici della personalità e altri disturbi psichici non psicotici, ritardo mentale e comunque tutte le malattie ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
20) 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 è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 31 dicembre 2021.

È concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2023, soggetti già coperti nel piano sanitario precedente, che compiano 85 anni nel corso della durata del contratto.

Fino al limite di età previsto dalla presente copertura, viene data la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto all'art. 21 "Esclusioni".

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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 terapico 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

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- 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 da Intesa Sanpaolo RBM Salute
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

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- 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:
  - estremi del testamento
  - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
  - 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:
  - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
  - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
  - 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 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,

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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 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 (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

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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.**
Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione (sanitaria ed odontoiatrica).

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.

Per le prestazioni diverse dalla garanzia ricovero, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendone anche la trasmissione in tale fase.

- **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).

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).
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.

- **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale** - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie resesi necessarie in conseguenza dello stesso **- l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

- **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitato**, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti, intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46
- **<u>in caso di trattamenti fisioterapici:</u>**
    - prescrizione del medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
    - indicazione della specializzazione del medico, o del titolo di studio del professionista, che ha effettuato la prestazione.

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

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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.

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:

Per le prestazioni ospedaliere:

- 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.

Per le prestazioni extraospedaliere:

- se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 4 giorni lavorativi dalla 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.

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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, ad eccezione dei casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero), può richiederne il rimborso alla Compagnia solo se previsto dalla relativa garanzia e alle specifiche condizioni in essa stabilite (per esempio scoperti o franchigie). Al di fuori di tali casi, le spese per la prestazione eseguita restano ad esclusivo carico dell'Assicurato.

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 limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna,

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

- 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** (rispondendo alla mail ricevuta dalla Centrale Operativa o tramite fax **0422.17.44.523**) **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'Infortunio.

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.

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, Intesa Sanpaolo RBM Salute 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**

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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. **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti, intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46;**
6. **le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura**, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
7. **<u>in caso di trattamenti fisioterapici:</u>**
   I. prescrizione del medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
   II. indicazione della specializzazione del medico, o del titolo di studio del professionista, che ha effettuato la prestazione.

   Le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine della cura.
8. per prestazioni in **Regime misto**: l'Assicurato deve presentare anche:
   - un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata, oppure
   - prova del pagamento degli onorari medici (per esempio copia del bonifico bancario eseguito)
9. **in caso di Infortunio devono essere presentati anche i seguenti documenti:**
   - **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).

     In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);

     Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa, si precisa che la circostanza che nel verbale di Pronto Soccorso sia riportato il termine " infortunio"

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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.

- **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
  In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie resesi necessarie in conseguenza dello stesso **- l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID** (constatazione amichevole);

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.

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di assistenza diretta qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Compagnia ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Compagnia stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla Compagnia alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Riliquidazione delle pratiche a seguito di variazione dell'inquadramento nella fase di adesione oppure nel secondo anno di copertura

Nel caso in cui, entro il termine del 30 aprile, risulti che l'Assicurato abbia diritto di usufruire, con decorrenza dall'inizio dell'anno solare di riferimento, di una polizza diversa da quella inizialmente attribuitagli, il sinistro già liquidato (in forma diretta o indiretta) in ragione della polizza inizialmente assegnatagli sarà oggetto di riliquidazione qualora le previsioni della polizza di sua spettanza dall'inizio dell'anno solare di riferimento siano differenti, per il sinistro in oggetto, rispetto a quelle della polizza inizialmente attribuita.

In tal caso:

- eventuali differenze a credito dell'Assicurato gli saranno corrisposte dalla Compagnia;
- eventuali differenze a credito della Compagnia dovranno essere restituite dall'Assicurato.

STANDARD

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Le suddette eventuali differenze saranno regolate, dalla Compagnia o dall'Assicurato, entro il 30 giugno dell'anno di riferimento.

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli[6]:

Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario
Art. 7 - Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso
Art. 8 – Adesione alla copertura - Variazione degli assicurati
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

STANDARD P

[6] Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Allegato n. 1 - Elenco interventi chirurgici plafonati

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	PLAFOND
Intervento di legatura e stripping delle vene (varicocele compreso)	€ 3.500
Intervento di settoplastica funzionale, compresa eventuali interventi sui turbinati	€ 3.500
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di grandi segmenti (femore, omero, tibia)	€ 9.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di medi segmenti (clavicola, sterno, rotula, radio, ulna, perone)	€ 6.000
Intervento per riduzione e sintesi di frattura di piccoli segmenti (tutti gli altri)	€ 3.000
Intervento di rimozione mezzi di sintesi (ad esempio, chiodi, placche, viti)	€ 3.000
Intervento di tonsillectomia/adenotonsillectomia	€ 3.000
Intervento per ernie e/o laparoceli della parete addominale	€ 5.000
Intervento di emorroidectomia e/o per asportazione di ragadi e/o di fistole e/o prolasso rettale	€ 4.500
Intervento per alluce valgo con o senza riallineamento metatarso-falangeo, dito a martello, alluce rigido	€ 4.000
Intervento a carico del ginocchio (diversi da legamenti)	€ 7.000
Isteroscopia operativa	€ 4.000
Intervento di ricostruzione dei legamenti	€ 8.500
Intervento sulla cuffia dei rotatori	€ 7.500
Intervento di asportazione cisti ovariche	€ 8.500
Intervento di tiroidectomia (esclusa radicale per neoplasia maligna)	€ 10.000
Intervento di colecistectomia	€ 8.500
Intervento per ernia del disco e/o stabilizzazione vertebrale	€ 11.000
Interventi di artrodesi e/o stabilizzazione vertebrale (qualsiasi metodica), compresa ev. asportazione di ernia del disco intervertebrale (qualsiasi metodica)	€ 14.000
Prostatectomia endoscopica per adenoma (TURP)	€ 9.000
Prostatectomia radicale per neoplasia maligna compresa linfoadenectomia (qualsiasi metodica, incluso robot)	€ 18.000
Intervento di isterectomia	€ 10.000
Intervento di isterectomia per neoplasia maligna (compresa eventuale annessiectomia e linfoadenectomia)	€ 15.000
Intervento per artroprotesi anca	€ 20.000
Asportazione di neoformazioni cutanee (cisti in genere, lipomi e nevi)	€ 1.000
Intervento per artroprotesi ginocchio	€ 15.000
Intervento per morbo di Dupuytren, sindrome di Guyon	€ 2.000
Intervento per tunnel carpale	€ 1.500
Intervento per dito a scatto e per intrappolamento del nervo ulnare al gomito	€ 2.500
Intervento per cataratta (con o senza IOL) - per occhio	€ 2.000
Intervento per asportazione cisti e noduli benigni del seno (nodulectomie)	€ 3.500

STANDARD P

Intervento per appendicectomia	€ 4.000
Intervento sui seni paranasali, frontali, mascellari e/o FESS	€ 3.500

STANDARD P

Allegato n. 2 - Elenco Grandi Interventi Chirurgici

CHIRURGIA DELL' ESOFAGO

- 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 linfoadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfoadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale CON TORACOTOMIA
- Deconnessioni azygos portali per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee.

CHIRURGIA DELLO STOMACO-DUODENO-INTESTINO TENUE

- Gastrectomia totale con linfoadenectomia
- Gastrectomia prossimale ed esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias

CHIRURGIA DEL COLON

- Emicolectomia destra e linfadenectomia
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfoadenectomia per via tradizionale
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale
- Amputazione del retto per via addomino-perineale

CHIRURGIA DEL FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare
- Chirurgia dell'ipertensione portale:

a) Interventi di derivazione

- anastomosi porto-cava
- anastomosi spleno-renale
- anastomosi mesenterico-cava

b) Interventi di devascolarizzazione

- legatura delle varici per via toracica e/o addominale
- transezione esofagea per via toracica
- transezione esofagea per via addominale

STANDARD P

- econnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
- transezione esofagea con devascolarizzazione paraesofago-gastrica

CHIRURGIA DEL PANCREAS

- Duodenocefalo-pancreasectomia con o senza linfoadenectomia
- Pancreasectomia totale con o senza linfoadenectomia
- Interventi per tumori endocrini funzionali e neoplasie maligne del pancreas

CHIRURGIA DEL 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

CHIRURGIA DEL TORACE

- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Lobectomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto
- Toracoplastica: I e II tempo

CARDIOCHIRURGIA

- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni dei grossi vasi (non escluse dalla garanzia)
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Valvuloplastica

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale PER VIA TORACOADDOMINALE
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali) PER VIA LAPAROTOMICA
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e I del collo
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore

STANDARD P

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per malformazioni vascolari (non escluse dalla garanzia)
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo
- Cranitomia per amatoma intracerebrale da rottura di malfomazione vascolare (nno esclusa dalla garanzia)
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Cranitomia 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 accesso cerebrale
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali per via anteriore
- Intervento chirurgico per neoplasie maligne dei nervi periferici

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfoadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale, per neoplasia maligna
-

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia
- Isterectomia radicale per via addominale con linfoadenectomia

CHIRURGIA OCULISTICA

- Trapianto corneale a tutto spessore
- Intervento per neoplasia del globo oculare

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- 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
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico

STANDARD P

- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Petrosectomia

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi di spalla
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomia
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Trattamento cruento dei tumori ossei
- Grandi amputazioni d'arto superiori ad un terzo

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia

CHIRURGIA PEDIATRICA (NON ESCLUSE DALLA GARANZIA)

- Cranio bifido con meningocefalocele.
- Idrocefalo ipersecretivo.
- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia).
- Cisti e tumori tipici del bambino di origine bronchiale enterogenea e nervosa (simpatoblastoma).
- Atresia congenita dell'esofago.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Torace ad imbuto e torace carenato.
- Stenosi congenita del piloro.
- Occlusione intestinale del neonato per ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare:abbassamento addomino perineale.
- Megauretere:resezione con reimpianto,resezione con sostituzione di ansa intestinale.
- Megacolon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson.
- Nefrectomia per tumore di Wilms.
- Spina bifida: meningocele o mielomeningocele.

ALTRE VOCI

Si considerano "'Interventi di alta chirurgia" anche:

- il trapianto di organi con espianto di organi del donatore;

STANDARD P

- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione), purchè superiore a giorni 3.

STANDARD P

Allegato n. 3 - Elenco Gravi Eventi Morbosi

a) Infarto miocardico acuto
b) Insufficienza cardiaca o respiratoria che presenti contemporaneamente almeno due delle seguenti manifestazioni: - dispnea - edemi declivi - aritmia - angina instabile - edema o stasi polmonare - ipossiemia
c) Neoplasia maligna istologicamente documentata
d) Diabete complicato caratterizzato da almeno due tra le seguenti manifestazioni: - ulcere torpide - decubiti - neuropatie - vasculopatie periferiche - infezioni urogenitali o sovrinfezioni - retinopatia - chetoacidosi - coma diabetico
e) Gravi traumatismi - con o senza intervento chirurgico - comportanti immobilizzazioni superiori a 40 giorni. L'immobilizzazione consiste nella applicazione di un apparecchio non amovibile dal paziente e/o per divieto di carico dell'arto.
f) Ustioni di secondo grado con estensione pari almeno al 20% del corpo.
g) Vasculopatia acuta a carattere ischemico o emorragico cerebrale.
h) Sclerosi a placche con un deficit funzionale significativo (3-4 scala EDSS)
i) Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA).
j) Stato di coma.
k) Paraplegia e/o Tetraplegia
l) Malattia di Alzheimer allo stadio 5 o superiore della scala di Reisberg certificata da UVA (Unità Valutativa Alzheimer) di struttura neurologica pubblica
m) Morbo di Parkinson allo stadio 3 o superiore della scala di Hoehn & Yahr, certificata da struttura neurologica pubblica
n) Osteomielite
o) Infezioni gravi, infezioni post-operatorie o post-traumatiche
p) Gravi eventi morbosi "similari" per tipologia, evento, diagnosi e cura a quelli indicati dalla lettera a) alla lettera h).

STANDARD P

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

ALLEGATO 4: Lista delle Strutture "TOP"

ROMA

- Casa di Cura Paideia S.p.A.
- Casa di Cura Mater Dei S.p.A.
- Ars Medica
- Villa Benedetta
- Casa di Cura Villa Flaminia
- Casa di Cura Villa Margherita

MILANO

- Istituto Nazionale Tumori
- Istituto Europeo di Oncologia/Monzino
- Casa di cura Columbus
- Humanitas Mirasole S.p.A. (Istituto Clinico Humanitas)
- Casa di Cura Capitanio

TORINO

- Clinica Fornaca di Sessant
- Casa di Cura Sedes Sapientiae
- Casa di Cura Cellini S.p.A.

BERGAMO

- Humanitas Gavazzeni

VARESE

- Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.

STANDARD P

Allegato 5: 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	
Ricoveri con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto/Aborto terapeutico, Intervento chirurgico odontoiatrico, Grandi interventi chirurgici (GIC), Trapianti, Riabilitazione post-chirurgica, Grandi Eventi Morbosi (GEM)	elenco esteso per Interventi chirurgici plafonati (Int_PLAFONATI), GIC e Interventi chirurgici odontoiatrici (Int_ODONTOIATRICI)
Massimale	€ 150.000; € 300.000 per GIC
Condizioni:	
In rete	Franchigia di € 1.500 in caso di ricovero con intervento chirurgico; franchigia di € 500 in caso di: Day Hospital con/senza intervento, ricovero senza intervento chirurgico, ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica, per Grandi Eventi Morbosi e Lunga Degenza. Franchigia di € 350 in caso di intervento chirurgico ambulatoriale. Franchigia di € 1.250 in caso di GIC
Fuori rete, Intramoenia	Scoperto 25% min. 2.000 in caso di ricovero con intervento chirurgico. Scoperto 20% min. 1.750 per ricovero in caso di ricovero senza intervento chirurgico, day hospital con intervento, ricovero senza intervento chirurgico per riabilitazione post chirurgica, per Grandi Eventi Morbosi e Lunga Degenza. Scoperto 20% min. 1.500 per day hospital senza intervento. Scoperto 20% min.750 in caso di intervento chirurgico ambulatoriale Scoperto del 25% min. € 1.750 in caso di GIC
Forma mista	Per strutture convenzionate forma diretta; per medici/equipe medica non convenzionata e/o prestazioni non convenzionate forma indiretta
Ricovero senza intervento	limite massimo 5 gg per ricovero e max 3 ricoveri annui esclusione se a scopo diagnostico e per diagnosi pre intervento
Ricovero senza intervento chirurgico per Lunga Degenza	nei casi di ricovero di durata superiore a 30 gg
Parto cesareo/Aborto terapeutico (escluse Pre/Post)	In caso di parto cesareo richiesto per volere della madre, e pertanto non conseguente a patologie della stessa o del nascituro che lo renderebbero necessario, si applicano le condizioni del parto fisiologico
Sub-massimale:	€ 6.000
Spese Neonato (sub-limite)	€ 1.000
Assistenza ostetrica (sub-limite)	€ 1.500
Condizioni:	al 100%
Parto fisiologico (escluse Pre/Post)	
Sub-massimale:	€ 3.000
Spese Neonato (sub-limite)	€ 1.000
Condizioni:	al 100%

STANDARD P

Interventi chirurgici odontoiatrici	elenco esteso (Int_ODONTOIATRICI)
Sub-massimale:	€ 10.000
Condizioni:	
In rete	franchigia € 200 per evento
Fuori rete, Intramoenia	scoperto 20%, min. € 1.000
Miopia	con differenziale superiore a 4 diottrie (non causato da precedente intervento correttivo) o difetto di capacità visiva di un occhio pari o superiore a 8 diottrie
Condizioni:	
In rete	franchigia € 200 per evento
Fuori rete, Intramoenia	scoperto 10%, min. € 1.000
Interventi chirurgici ricostruttivi	mastectomia o quadrantectomia
Massimale	€ 5.000
Pre/Post	90 gg./90 gg.
Condizioni:	
In rete	franchigia € 1.000 per evento
Fuori rete, Intramoenia	scoperto 20%, min. € 1.000
Neonati Correzione Malformazioni congenite	nel primo anno di vita, elevato ai primi 10 anni di vita per impossibilità di effettuare un intervento chirurgico nel primo anno di vita
Interventi chirurgici plafonati	elenco esteso (Int_PLAFONATI)
Condizioni:	al 100% l'intervento principale, al 70% gli interventi secondari
Limite retta degenza	In rete € 250 per Day Hospital con/senza intervento; Fuori rete € 300 al giorno; non previsto per Parto/Aborto terapeutico
Pre/Post	100 gg./100 gg.
Trattamenti fisioterapici/rieducativi Post intervento chirurgico	120 gg., non previsti per Parto fisiologico, Miopia e Intervento chirurgico odontoiatrico
Retta Accompagnatore	€ 60 al giorno max 30 gg., non prevista per Intervento chirurgico odontoiatrico e Miopia
Limite Assistenza Infermieristica per ricoveri senza intervento	€ 50 al giorno max 5 giorni per evento; elevato a 30 giorni per riabilitazione post chirurgica e GEM
Assistenza Infermieristica per Day hospital senza intervento, Intervento chirurgico ambulatoriale, Parto/Aborto terapeutico, Intervento chirurgico odontoiatrico	NON PREVISTA
Trasporto	€ 2.000, non previsto per Intervento chirurgico ambulatoriale, Intervento chirurgico odontoiatrico, Miopia e SSN
Indennità Sostitutiva	
Massimale	180 giorni per persona/anno
Ricoveri con intervento	€ 80 al giorno
Ricoveri senza intervento	€ 60 al giorno
GIC	€ 100 al giorno
Day Hospital con intervento	€ 40 al giorno
Day Hospital senza intervento	€ 30 al giorno
Pre/Post	100 gg./100 gg., al 100% (escluso il caso di ricovero in regime di intramoenia)
Trattamenti fisioterapici/rieducativi Post intervento chirurgico	al 100%, 120 gg., non previsti per Parto fisiologico, Miopia e Intervento chirurgico odontoiatrico, al 100% (escluso il caso di ricovero in regime di intramoenia)

STANDARD P

AREA PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE SPECIALISTICHE E/O AMBULATORIALI	
Cure e Diagnostica di Alta Specializzazione (AS)	elenco esteso (ALTA_D)
Massimale	€ 5.000
Condizioni:	
In rete	franchigia € 60 per fattura
In rete non in forma diretta	scoperto 45% min. € 112,50 per fattura
In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 60% min. € 150 per fattura
Fuori rete	scoperto 30% min. € 75 per fattura
Ticket	al 100%
Test genetici prenatali non invasivi su dna fetale	compresi nel massimale AS
Diagnostica Ordinaria e Visite Specialistiche (VS)	esclusi gli accertamenti previsti in AS e gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici non da infortunio; comprese visite specialistiche/accertamenti odontoiatrici e ortodontici da infortunio con certificato di PS entro 48 ore dall'evento. 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 entro 48 ore dall'evento
Massimale	€ 3.000
Condizioni:	
In rete	franchigia € 60 per fattura
In rete non in forma diretta	scoperto 45% min. € 112,50 per fattura
In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 60% min. € 150 per fattura
Fuori rete	scoperto 30% min. € 75 per fattura
Ticket	al 100%
Cure oncologiche	prestazioni per patologie oncologiche per assistenza infermieristica domiciliare, chemioterapia, radioterapia, altre terapie oncologiche, visite specialistiche; ad esaurimento del presente massimale, si utilizzeranno quelli di AS e VS
Massimale	€ 10.000
Condizioni:	al 100%
Prestazioni fisioterapiche	soltanto per infortunio con certificato di PS entro 48 ore dall'evento; ictus cerebrale; neoplasie; forme neurologiche degenerative e omeoblastiche (sclerosi multipla, SLA, ecc.); forme neuromiopatiche: forme morbose miste a carico del sistema neuromuscolare; interventi cardiochirurgici, di chirurgia toracica e amputazione di arti
Massimale	€ 1.400
Condizioni:	
In rete	franchigia € 40 per ciclo di cura
Diretta domiciliare	franchigia € 20 ad accesso
In rete non in forma diretta	scoperto 30% min. € 90 per ciclo di cura
In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 40% min. € 120 per ciclo di cura
Fuori rete	scoperto 20% min. € 60 per ciclo di cura
Ticket	al 100%
Logopedia	per infortunio con certificato di PS entro 48 ore dall'evento o per malattia se effettuata da medico specialista o logopedista diplomato
Massimale	€ 1.000

STANDARD

Condizioni:	
In rete	franchigia € 40 per fattura
In rete non in forma diretta	scoperto 30% min. € 90 per fattura
In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 40% min. € 120 per fattura
Fuori rete	scoperto 20% min. € 60 per fattura
Ticket	al 100%
Disturbi specifici dell'apprendimento del minore (DSA)	
Massimale	secondo quanto previsto dal DSM -5, a condizione che la diagnosi sia certificata da medico specialista in neuropsichiatria infantile del Servizio Sanitario Nazionale € 1.500,00 per nucleo e per anno per casi moderati o severi oppure fino a € 500,00 per nucleo e per anno per casi lievi
Condizioni:	
In rete	franchigia € 40 per fattura
In rete non in forma diretta	scoperto 30% min. € 90 per fattura
In Cliniche TOP non in forma diretta	scoperto 40% min. € 120 per fattura
Fuori rete	scoperto 20% min. € 60 per fattura
Ticket	al 100%
Protesi ortopediche e acustiche	
Massimale	€ 3.000
Condizioni:	al 100%
Cure dentarie da infortunio	in presenza di certificato di PS entro 48 ore dall'evento
Massimale	€ 4.000
Condizioni:	al 100%
Pacchetto maternità	visite e accertamenti di controllo nei primi 6 mesi di gravidanza; in caso di aborto spontaneo, entro 3 mesi, 1 visita ginecologica e 3 visite psicologico
Massimale	€ 500
Condizioni:	al 100%
AREA PRESTAZIONI ACCESSORIE	
Prestazioni in Pronto Soccorso	prestazioni ambulatoriali a seguito di infortunio senza ricovero; sono comprese anche le seguenti prestazioni in presenza di prescrizione del PS: applicazione e rimozione gesso, accertamenti diagnostici, assistenza medica, medicinali e trasporto
Massimale	€ 1.000 per evento e per anno
Cura tossicodipendenti	per il recupero da tossicodipendenza presso comunità terapeutiche convenzionate ASL
Massimale	€ 3.000 per persona e per anno, massimo € 30.000 per la totalità degli Assistiti
Condizioni:	se le richieste complessive degli Assistiti superassero l'importo di € 30.000, il contributo verrà ripartito proporzionalmente fra i richiedenti
Anticipo spese sanitarie	per GIC, massimo 50% della spesa da sostenere entro il 50% del massimale dell'Area Ricoveri
Assistenza Infermieristica	per malattia terminale con idonea certificazione medica/ospedaliera
Condizioni:	€ 50 al giorno fino a 90 giorni
Rimpatrio salma	in caso di morte dell'Assicurato a seguito di ricovero (anche in regime di day hospital) in istituto di cura all'estero per malattia o infortunio, con o senza intervento chirurgico

STANDARD P

Massimale Condizioni:	€ 2.000 escluse spese per cerimonie funebri e inumazione
Procreazione medicalmente assistita	
Massimale Condizioni:	€ 700 per nucleo e per anno escluse le spese relative alla trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore qualora il trattamento sia effettuato all'Estero
Assistenza post-parto	
Massimale Condizioni:	Illimitato elenco esteso (POST_P), entro 1 anno dal parto
Cure termali per minori	
Massimale Condizioni:	Illimitato max. 1 ciclo per anno, max. € 35,00 a seduta
Sindrome di Down (figli di assistiti)	
Massimale Condizioni:	€ 1.000 annui max. 5 anni per diagnosi di Trisonomia 21 nei primi 3 anni di vita
Conto Salute	PREVISTA

STANDARD P

Indennità Genitori in RSA	per ricoveri in RSA di durata di almeno 12 mesi consecutivi
Massimale	€ 350 per anno/persona
Condizioni:	in assenza di rimborsi sanitari nel corso dell'annualità assicurativa
AREA PREVENZIONE	
Visite di controllo	Effettuate presso strutture convenzionate
Massimale	Illimitato
Condizioni:	al 100% - 1 visita al mese per Assicurato
Vaccinazione antinfluenzale	Eseguita fuori rete
Massimale	Illimitato
Condizioni:	1 vaccino annuale per Assicurato
Prevenzione herpes zoster	Effettuata presso strutture convenzionate e non
Massimale	Illimitato
Condizioni:	età > 55 anni, franchigia € 36,15 per prestazione
Controllo pediatrico	Effettuato presso strutture convenzionate
Massimale	Illimitato
Condizioni:	franchigia € 36,15 per prestazione - da elenco, tra i 6 mesi e i 6 anni di vita
Consulto nutrizionale e dieta personalizzata	1 consulto e dieta personalizzata per biennio e per persona
Massimale:	
In rete	Illimitato
Fuori rete	€ 80,00 biennio/persona (€ 50,00 per la visita e € 30,00 per la dieta)
Conservazione cellule staminali	
Massimale	€ 500 per nucleo e per anno

STANDARD P

ALLEGATO 6: 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 terzi[1] (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 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.

---

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

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).