

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_DENT - Personale in Servizio ed in Quiescenza (ex FAPSER)

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 cure e protesi dentarie (clinica e chirurgia; odontoiatrica conservatrice; protesi fisse; protesi mobili; implantologia) e cure ortodontiche (check-up; terapia).



Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese:

- ✓ Cure e protesi dentarie: la Società rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di clinica e chirurgia, odontoiatrica conservatrice, protesi fisse, protesi mobili ed implantologia;
- ✓ Cure ortodontiche: la Società rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di check-up e terapie.

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



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.



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)



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 DENT - Personale in Servizio ed in Quiescenza (ex FAPSER)

Ultima release 01/2022

Questo documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

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

tel. +39 041 2518798

sito internet: www.intesasanpaolorbmsalute.com;

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

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

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

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2020

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

Totale delle riserve patrimoniali: 146.026.695,00 euro.

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

- 1) Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto
- 2) La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
- 3) Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia

	<p>plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto</p> <p>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</p> <p>5) Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale</p> <p>6) 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. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli 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;</p> <p>7) Gli interventi di sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo</p> <p>8) Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché l'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni</p> <p>9) Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno</p> <p>10) Gli infortuni causati da azione dolose compiute dall'Assicurato</p> <p>11) Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;</p> <p>12) Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche</p> <p>13) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale</p> <p>14) Visite e cure mediche effettuate/prescritte da medico generico o con specializzazione non attinente alla patologia che ha motivato la prestazione</p> <p>15) Visite ed accertamenti per il rilascio/rinnovo di patenti, del certificato di sana e robusta costituzione, del certificato di idoneità alla pratica sportiva</p> <p>16) Visite, accertamenti e/o perizie per assicurazione</p> <p>17) Esami effettuati presso le farmacie</p> <p>18) Controlli medici a carattere aspecifico e check-up</p> <p>19) Controllo medico di referti di esami clinici</p> <p>20) Materiale sanitario in genere, acqua termale per inalazioni</p> <p>21) Medicinali</p> <p>22) Spese sostenute per il rilascio di documentazione sanitaria (cartella clinica, certificati e atti medici in genere) e per il pagamento di diritti sanitari</p> <p>23) Vaccini</p> <p>24) Protesi dentarie provvisorie</p> <p>25) Cure fango-balneo-termali.</p>
--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



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.

CURE E PROTESI DENTARIE – CURE ORTODONTICHE

Cure e protesi dentarie

Massimale


Limiti da tariffario


Condizioni:


Fuori rete

Rimborso 80% della spesa sostenuta

Cure ortodontiche	<p>Massimale Check-up € 332</p> <p>Massimale terapie € 1.300 apparecchiature rimovibili; € 1.500 apparecchiature fisse o miste</p> <p>Condizioni:</p> <p>Fuori rete Rimborso 80% della spesa sostenuta</p>
--------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 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.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo all'Assicurato entro 10 giorni lavorativi dalla ricezione della richiesta di rimborso completa di tutta la documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

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

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni con decorrenza dalle ore 00.00 del 01/01/2022, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento. La copertura scade alle ore 24.00 del 31/12/2023. La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento. Le successive scadenze devono comunque essere rispettate (Art. 1901 del Codice civile). Scaduti i termini, con raccomandata Intesa Sanpaolo RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.



Come posso disdire la polizza?

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



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è destinato a favore del personale in servizio ed 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?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>I reclami sul contratto o un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati all'Ufficio Reclami di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. a scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - compilando on line il modulo (https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html) - per posta, ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE) - per fax: 0110932609 - per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com - a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com <p>Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato - nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità - numero di pratica - esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.</p> <p>Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>Con l'assistenza necessaria di un avvocato, puoi interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98) al fine di raggiungere un accordo tra le parti.</p> <p>Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.</p> <p style="text-align: center;">La richiesta di mediazione può essere inviata a: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Ufficio Reclami Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)</p> <p>oppure all'indirizzo mail: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato a Intesa Sanpaolo RBM Salute.</p> <p>La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione di procedibilità per poter agire giudizialmente.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</p>

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

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.

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

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.

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



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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

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

Premio: la somma che il Contraente deve alla Compagnia.

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.

DENTI TREVISO

CAPITOLO 1 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

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

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Carenza

Non prevista.

Art. 3. Indicizzazione dei Premi e delle somme assicurate

I Premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

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

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

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

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

Art. 5. Categorie assicurate

L'Assicurazione è prestata a favore del personale in servizio ed in quiescenza assicurato ad Uni.C.A. per il Piano Sanitario 2022 – 2023 e già aderente nel 2021 alla Polizza TREVISO.

Il passaggio fra aziende del Gruppo di persone già assicurate non costituisce in ogni caso novazione del rapporto di assicurazione.

L'Assicurazione è prestata gratuitamente a favore dell'intero nucleo familiare assicurato ad Uni.C.A. Pertanto, l'Assicurazione opera anche nei confronti dei familiari come di seguito specificato:

² G.U. 255 del 2 novembre 2007

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



- 1) il coniuge e i figli fiscalmente a carico;
- 2) il coniuge non fiscalmente a carico o il convivente "more uxorio" (quest'ultimo purché risultante dallo stato di famiglia);
- 3) 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;
- 4) gli altri familiari risultanti dallo stato di famiglia compresi i figli del solo coniuge/convivente more uxorio;
- 5) 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);
- 6) i genitori ultrasessantenni non conviventi (con limite di reddito complessivo di € 26.000 annui lordi).

Nei casi 2), 3) e 4) l'inclusione deve riguardare tutti i soggetti risultanti dallo stato di famiglia (salvo i soggetti già fruitori di altra forma di assistenza sanitaria predisposta dal proprio datore di lavoro per i quali venga chiesta l'esenzione dal predetto obbligo).

Qualora, in caso di assegnazione a nuova sede di lavoro, il dipendente in servizio assicurato si trasferisca nella nuova sede senza l'intero nucleo familiare, l'Assicurazione resterà comunque operante per le persone assicurate non trasferitesi. Ai fini dell'operatività della garanzia, i dipendenti in servizio devono far pervenire la scheda di adesione entro il termine comunicato dall'azienda di appartenenza insieme all'autorizzazione per l'addebito del relativo premio, pena la decadenza del diritto.

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

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'Assicurazione⁴.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre alla Compagnia di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività nei loro confronti dell'Assicurazione.

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.



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

Il Questionario sanitario non è da compilare.

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

7.1 Decorrenza

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2022 se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati
 - altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.
- e scade alle ore 24:00 del 31/12/2023.

7.2 Tacito rinnovo

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

7.3 Diritto di recesso

La facoltà di recesso del Contraente è prevista.

Art. 8. Adesione alla copertura – Variazione degli Assicurati

Si richiamano integralmente le norme previste all'art. 8 delle condizioni del Piano Sanitario Base a favore del personale in servizio ed in quiescenza assicurato ad Uni.C.A. e già aderente nel 2021 alla Polizza TREVISO.

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
- b) Informativa Privacy di cui all'Allegato 6 del presente Contratto

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



Art. 11. Regime fiscale

Tassa sui Premi: 2,50%

Tassa sugli Indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'Assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato dalla Compagnia.

Art. 12. Reclami

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

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

Per controversie connesse al presente Contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente⁵.

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

Se la lite non è conciliata con la mediazione, la 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.

La 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

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



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.

DENTI TREVISO

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 17. Descrizione delle prestazioni Assicurate

La Compagnia garantisce il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni di seguito indicate, purché conseguenti ad infortunio o malattia, alle condizioni previste dal presente contratto.

Per ottenere le prestazioni l'assicurato può rivolgersi a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate con il SSN
- b) Strutture sanitarie private o pubbliche non convenzionate con il SSN

A) CURE E PROTESI DENTARIE – CURE ORTODONTICHE

1 CURE E PROTESI DENTARIE

La Compagnia rimborsa gli assicurati (secondo i limiti presenti nelle tabelle sotto riportate) a fronte di richieste corredate da rimborso fatture, rilasciate da medici od odontotecnici che esercitano presso studi medico-dentistici, attestanti le spese sostenute per prestazioni dentistiche (odontoiatriche, protesiche ecc.).

Si possono presentare a rimborso fatture di laboratori odontotecnici solo per protesi complete superiori e/o inferiori (14 o 28 elementi) o per riparazioni/ribasatura di protesi mobili.

Le prestazioni devono essere sempre specificate per tipo, numero ed importo unitario di spesa; devono inoltre essere indicati i denti sui quali tali prestazioni sono state effettuate, utilizzando un modulo all'uopo predisposto, che dovrà essere compilato e sottoscritto dal medico dentista.

Nell'ambito di una stessa cura dentaria sono rimborsate al massimo 2 visite odontoiatriche.

Per il rimborso degli interventi di parodontologia è necessario produrre una certificazione attestante la patologia e il tipo di intervento che si è reso necessario.

Si riportano di seguito le spese rimborsabili:

CLINICA E CHIRURGIA

Visita (max. 2 visite per ogni cura)	80% spesa sostenuta, max.	€ 42,00
Radiografia indorale	80% spesa sostenuta, max.	€ 21,00
Medicazione dentaria	80% spesa sostenuta, max.	€ 21,00

Ortopantomografia	80% spesa sostenuta, max.	€ 63,00
Estrazione dentale	80% spesa sostenuta, max.	€ 63,00
Estrazione di un dente in inclusione ossea completa o parziale	80% spesa sostenuta, max.	€ 145,00
Intervento di parodontologia (per ogni	80% spesa sostenuta, max.	€ 414,00
Rimozione di protesi fissa (per ogni pilastro)	80% spesa sostenuta, max.	€ 42,00

ODONTOIATRICA CONSERVATRICE

Ablazione tartaro (per ogni seduta)	80% spesa sostenuta, max.	€ 63,00
Cura e otturazione carie non penetrante	80% spesa sostenuta, max.	€ 104,00
Cura e otturazione carie penetrante	80% spesa sostenuta, max.	€ 124,00
Cura scanalare	80% spesa sostenuta, max.	€ 208,00
Ricostruzione di dente devitalizzato	80% spesa sostenuta, max.	€ 124,00
Terapie della paradentosi (ionoforesi, gengivectomia, molaggio selettivo, infiltrazioni intergengivali, legatura interdentale, ecc.)	80% spesa sostenuta, max.	€ 414,00
Prevenzione dentaria (fluorizzazione, sigillatura, ecc.)	80% spesa sostenuta, max.	€ 310,00

PROTESI FISSE

Elemento di protesi o capsula o corona	80% spesa sostenuta, max.	€ 414,00
Perno moncone	80% spesa sostenuta, max.	€ 166,00
Pernini parapulpari	80% spesa sostenuta, max.	€ 63,00
Intarsio	80% spesa sostenuta, max.	€ 208,00
Restauro e/o riparazione elemento di protesi	80% spesa sostenuta, max.	€ 124,00

PROTESI MOBILI

Scheletrato con 3 o più elementi (comprensivo	80% spesa sostenuta, max.	€ 1.240,00
Scheletrato con 3 o più elementi (comprensivo di attacchi)	80% spesa sostenuta, max.	€ 1.860,00
Protesi completa superiore o inferiore (14	80% spesa sostenuta, max.	€ 1.450,00
Protesi completa superiore e inferiore (28	80% spesa sostenuta, max.	€ 2.900,00
Elemento di scheletrato o di protesi completa superiore e/o inferiore o di protesi mobile	80% spesa sostenuta, max.	€ 124,00
Gancio e/o attacco:	80% spesa sostenuta, max.	€ 166,00

Riparazione o ribasatura protesi	80% spesa sostenuta, max.	€ 208,00
----------------------------------	---------------------------	-----------------

IMPLANTOLOGIA

Intervento chirurgico (per emiarcata)	80% spesa sostenuta, max.	€ 414,00
Impianto e/o perno	80% spesa sostenuta, max.	€ 414,00

2 CURE ORTODONTICHE

La Compagnia indennizza le domande di rimborso (secondo i limiti presenti nelle tabelle sotto riportate) corredate di:

- prescrizione medico specialistica dalla quale risulti il tipo di malformazione, la probabile durata delle cure ed il tipo di apparecchio - fisso, mobile o misto - da applicare
- fattura/ricevuta attestante la spesa sostenuta.

CHECK-UP

Ortopantomografia, teleradiografia, tracciato e analisi cefalometrica, serie fotografica, esame elettromiografico, modelli di studio	80% spesa sostenuta, max.	€ 332,00
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------	-----------------

TERAPIA

Per ogni anno di cura con apparecchiature rimovibili e funzionali (comprese visite di controllo):	80% spesa sostenuta, max.	€ 1.300,00
Per ogni anno di cura con apparecchiature fisse o miste (comprese le visite di controllo):	80% spesa sostenuta, max.	€ 1.500,00

CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIO

Art. 18. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) Le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto
- 2) La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
- 3) Le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto
- 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
- 5) Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale
- 6) 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. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli 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;
- 7) Gli interventi di sostituzione di protesi ortopediche di qualsiasi tipo
- 8) Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché l'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni
- 9) Gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno
- 10) Gli infortuni causati da azione dolose compiute dall'Assicurato
- 11) Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 12) Le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
- 13) Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale
- 14) Visite e cure mediche effettuate/prescritte da medico generico o con specializzazione non attinente alla patologia che ha motivato la prestazione
- 15) Visite ed accertamenti per il rilascio/rinnovo di patenti, del certificato di sana e robusta costituzione, del certificato di idoneità alla pratica sportiva
- 16) Visite, accertamenti e/o perizie per assicurazione
- 17) Esami effettuati presso le farmacie
- 18) Controlli medici a carattere aspecifico e check-up
- 19) Controllo medico di referti di esami clinici
- 20) Materiale sanitario in genere, acqua termale per inalazioni
- 21) Medicinali
- 22) Spese sostenute per il rilascio di documentazione sanitaria (cartella clinica, certificati e atti medici in genere) e per il pagamento di diritti sanitari

- 23) Vaccini
- 24) Protesi dentarie provvisorie
- 25) Cure fango-balneo-termali.

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".

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

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

20.1 Oneri

Denuncia

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

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

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

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

Regime rimborsuale/Corresponsione di Indennità

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- Massimale esaurito
- presentazione di una nuova richiesta di rimborso per una fattura già presentata a rimborso/rimborsata
- presentazione di una richiesta di indennità già richiesta/liquidata
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di Indennizzo se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: assenza di materiale radiografico e foto intraorali per le prestazioni odontoiatriche)
- 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 odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre compagnie

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

Lingua della documentazione

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

Visite di medici incaricati dalla Compagnia

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

L'accertamento può essere disposto

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

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della copertura l'Assicurato decede

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

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - o estremi del testamento
 - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - o indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi



- o non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Compagnia a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato nel presente Contratto.

Prestazioni Intramoenia

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

Prestazioni tra due annualità assicurative

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post Ricovero/Day hospital

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

In regime di Assistenza Diretta, nel caso in cui il Ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre Ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dal Contratto. L'Assicurato è tenuto a restituire alla Compagnia, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una Franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta della Compagnia, a restituire l'intera somma pagata dalla Compagnia alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se la Compagnia non aveva ancora provveduto al pagamento.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

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

20.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime rimborsuale

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.intesasanpaolorbmsalute.com sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo (incluso il "Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia", da sottoscrivere con firma specifica in aggiunta a quella da apporre in calce alla richiesta di rimborso). In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

1. **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. **Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge. Per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie in regime di S.S.N. si richiede la fattura o ricevuta rilasciata, all'atto del pagamento, dalla ASL o struttura sanitaria accreditata con il S.S.N., con indicazione della prestazione effettuata oppure la ricevuta di pagamento emessa da Punto Giallo con allegato il foglio di prenotazione rilasciato dalla ASL al momento della prenotazione o dell'effettuazione della prestazione. Il provider verificherà che la prestazione (rinvenibile da apposita codifica contenuta nei documenti suddetti) sia una di quelle previste dal Piano Sanitario (sono p.e. escluse le spese sostenute per prestazioni di prevenzione e/o controllo). Al fine di poter considerare le prestazioni come effettuate in regime di ticket SSN, con applicazione delle relative condizioni di liquidazione, è necessario che dal documento di spesa si possa evincere inequivocabilmente il regime di erogazione.**
2. **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;
3. **dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;**
4. **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;
5. **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" 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 rese 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.

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

b) Richiesta di rimborso on line

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

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

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



Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli⁶:

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

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

Art. 8 – 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

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