



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria PIANO BASE
**Per il personale e i dirigenti
del comparto Funzioni
Centrali iscritto all'Ente di
Assistenza per il personale
dell'Amministrazione
penitenziaria (E.A.P.)**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI 2641

Edizione 01/2023

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 305.208.000,00 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.



SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 36:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 – Norme che regolano il contratto in generale** - da pag. 8

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 15
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 23
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 24

ALLEGATI

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

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

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

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

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

Box verde: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante e sostanziale delle Condizioni di Assicurazione.

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

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

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: contratto stipulato tra la Compagnia e il Contraente con cui la Compagnia si impegna, a fronte del pagamento del Premio da parte del Contraente, a corrispondere agli Assicurati, al verificarsi di un Sinistro, un determinato Indennizzo.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

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

La Compagnia paga direttamente il Network per le prestazioni oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal Contratto.

Assistenza diretta domiciliare: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale operativa
- riceve le prestazioni a domicilio da medici/professionisti convenzionati con il Network.

La Compagnia paga direttamente il Network per le prestazioni oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal Contratto.

Carenza: periodo compreso tra l'inserimento degli Assicurati in Polizza e la decorrenza delle prestazioni previste dalla presente copertura assicurativa.

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

CDA: Condizioni di Assicurazione, ossia il presente documento, nel quale vengono riportate le clausole che regolano l'Assicurazione.

Centrale operativa: struttura individuata per:

- fornire informazioni relative alle coperture assicurative e al Network
- autorizzare le prestazioni in Assistenza diretta.

Centro medico: struttura, anche non adibita al Ricovero,

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

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

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

Contraente: ENTE DI ASSISTENZA PER IL PERSONALE DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del pagamento del premio.

Contratto: CDA.

Day Hospital: Ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica.

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Non è Day Hospital la permanenza in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale.

Diagnosi: la determinazione della natura o della sede di una malattia in base a una interpretazione di segni, sintomi e referti di esami specifici raccolti quali manifestazioni di una patologia.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

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

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Sinistro ed è "assoluta", ossia opera sempre e interamente, indipendentemente dall'ammontare della somma cui è applicata. Nel caso di somme di denaro corrisposte a giornate, la franchigia può essere anche espressa in giorni (per esempio indennità di 100,00 euro per ogni giorno di ricovero, esclusi i primi 5 giorni).

Indennità: somma di denaro di importo predeterminato che viene erogata all'Assicurato al verificarsi di un Sinistro.

Indennità sostitutiva: somma di denaro forfettaria giornaliera erogata per Ricoveri che non comportano spese sanitarie a suo carico, durante il Ricovero.

Indennizzo: la prestazione fornita all'Assicurato in caso di Sinistro, nei limiti e alle condizioni previste dal Contratto, sia in regime di Assistenza diretta che tramite la corresponsione di Indennità e Rimborsi.

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

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Sono considerati interventi chirurgici anche gli accertamenti diagnostici invasivi, intendendo come tali quelli che comportano il prelievo cruento di tessuti per indagini istologiche e quelli che comportano una cruentazione dei tessuti per l'introduzione di idoneo strumentario all'interno dell'organismo.

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

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

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

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

Non sono Istituto di cura:

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

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

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

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

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

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

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

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di Assistenza diretta.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet <https://webab.rbmsalute.it/arena-rbmsalute2/> o nell'App mobile.

Nucleo familiare: Il Titolare, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente² e i figli come risultante da stato di famiglia. Si intendono compresi i figli non conviventi, purchè fiscalmente a carico ed i figli del solo coniuge o convivente more uxorio, purchè conviventi.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

Parti: la Compagnia e il Contraente.

Polizza: Assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve pagare alla Compagnia.

Quesito diagnostico: indicazione di diagnosi già accertata o sospettata oppure di segni e sintomi, da riportare nella richiesta di visite specialistiche o terapie in copertura, che descrivono una situazione morbosa o sospetta tale.

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

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

Se previsto, costituisce parte integrante del Contratto.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Compagnia o di un suo intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati Reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

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

Regime rimborsuale: regime per cui sono rimborsate all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Contratto.

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

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera). N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento durante la quale sono praticati accertamenti diagnostici e/o terapie comunemente effettuabili in regime ambulatoriale.

Rimborso: somma di denaro erogata all'Assicurato in caso di Sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dal Contratto.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Sinistro. In caso di presenza di Franchigia e Scoperto per lo stesso Sinistro, si applica quello che prevede l'importo più alto.

Servizio sanitario nazionale (S.S.N.): servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

Sinistro: evento, previsto dal Contratto, che fa sorgere l'obbligo di corrispondere l'Indennizzo all'Assicurato nei limiti e alle condizioni previste dal Contratto.

Sinistro e Data Sinistro:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo Ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo Intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post)
N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un Ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente ed effettuati in vigenza contrattuale.
Data Sinistro: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.

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

Per Ricoveri con Intervento chirurgico il sub-Massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

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

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

Titolare: persona fisica che acquisisce la qualifica di Assicurato per il suo legame con il Contraente (es. lavoratore dell'azienda); se previsto dal Contratto il Titolare può inserire in copertura i familiari indicati nella definizione di Nucleo familiare.

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

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria. Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le prestazioni di telemedicina.



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 17/10/2007³.

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 del Premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze⁴.

Esempio: se il 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. Cosa si assicura

L'Assicurazione prevede la corresponsione di un Indennizzo per Sinistri riconducibili a Malattia o Infortunio, verificatisi mentre l'Assicurazione è operativa, alle condizioni di seguito indicate.

Art. 6. Categorie assicurate

6.1 Adesioni obbligatorie

- a) Personale e Dirigenti del Comparto Funzioni Centrali iscritto all'Ente di Assistenza (Titolari);
 - b) Personale di cui sopra in distacco sindacale o che risulti in distacco e/o comando purché iscritto all'Ente di Assistenza (Titolari)
- non rientranti tra le categorie di cui all'art. 26 "Persone non assicurabili".

6.2 Adesioni volontarie

³ G.U. 255 del 2 novembre 2007

⁴ Art. 2952 "Prescrizione in materia di Assicurazione" del Codice civile

Le garanzie della presente copertura base sono estendibili, tramite adesione volontaria comunicata alla Compagnia da parte del Titolare e pagamento del premio a proprio carico, a favore dei soggetti sotto riportati, indipendentemente dalle condizioni fisiche degli Assicurati:

- a) Nucleo familiare degli aventi diritto in servizio di cui all'articolo 6.1 delle presenti CDA
- b) Personale e dirigenti del comparto funzioni centrali in quiescenza iscritto all'Ente;
- c) Nucleo familiare degli aventi diritto al servizio di cui al precedente punto b).

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

Art. 7. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo e può cessare l'Assicurazione⁵.

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.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 8. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare alla Compagnia se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, la Compagnia non è tenuta a pagare l'Indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁶. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, la Compagnia può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento⁷.

Art. 9. Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

9.1 Decorrenza

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2023

L'Assicurato ha la facoltà di richiedere la proroga tecnica del contratto per un periodo massimo di sei mesi, ai sensi dell'art. 106, comma 11, del d. lgs. n. 50/2016.

⁵ 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.

⁶ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

⁷ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

9.2 Tacito rinnovo

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

9.3 Diritto di recesso

Nel corso dell'esecuzione del contratto l'Ente si riserva la facoltà, ai sensi dell'art. 109 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e successive modificazioni e integrazioni; di recedere dal contratto in qualunque momento previo il pagamento delle prestazioni relative ai servizi eseguiti, oltre al decimo dell'importo dei servizi non eseguiti. L'esercizio del diritto di recesso è preceduto da una formale comunicazione alla Compagnia da darsi con un preavviso di 30 giorni mediante o altro mezzo equivalente. Le parti precisano che il decimo dell'importo delle prestazioni non eseguite sarà calcolato secondo quanto previsto dal richiamato art. 109, prendendo a riferimento l'importo netto contrattuale di cui all'articolo 4 del contratto di appalto.

Art. 10. Pagamento del Premio - Anagrafica

10.1 Pagamento del Premio

Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno.

Pur essendo annuo e indivisibile, è frazionato in modo annuale e deve essere pagato entro 60 giorni dalla decorrenza della polizza (prima annualità) e entro 60 giorni dalla decorrenza della seconda annualità, come riportato sul Certificato di Polizza. Il termine dei 60 giorni per il pagamento è sospeso qualora si rendessero necessarie integrazioni o chiarimenti sulla documentazione. In questo caso, pertanto, dal ritardo nel pagamento del premio non può scaturire la sospensione dell'assicurazione e, per converso, il Contraente non può eccepire il termine di prescrizione del pagamento del premio previsto per legge (art. 2952 del c.c.).

Il premio per le adesioni obbligatorie è versato dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario.

Al di fuori del caso sopra previsto, se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 60° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate⁸.

Scaduti i termini, con raccomandata la Compagnia può sciogliere l'Assicurazione e ha comunque diritto a esigere i Premi scaduti.

Il premio per le adesioni volontarie è versato dal Titolare alla Compagnia con bonifico bancario, entro la scadenza del termine previsto per l'inserimento degli assicurati in copertura.

10.2 Anagrafica

⁸ Art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice civile.

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

- Anagrafica **provvisoria**: entro 30 giorni prima della decorrenza indicata nel certificato di polizza;
- Anagrafica **definitiva**: entro 30 giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione.

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

Per le anagrafiche presenti nell'Anagrafica provvisoria non confermate nell'Anagrafica definitiva, in caso di pagamento di uno o più sinistri, il premio annuo è comunque dovuto.

Art. 11. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

11.1 Nuove inclusioni

La garanzia assicurativa è valida per gli assicurati nominativamente indicati nel documento di polizza o appendice relativa.

La richiesta di adesione dovrà pervenire alla Compagnia entro 30 giorni di ciascuna decorrenza annuale con effetto retroattivo alla data di decorrenza annuale.

In caso di mancato rinnovo annuale dell'adesione, non sarà più possibile aderire in occasione dei successivi rinnovi.

Le richieste di inclusione di nuovi Assicurati nel corso dell'annualità assicurativa saranno possibili solo nei seguenti casi:

- variazione in corso di anno dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza e nuove nascite;
- neoassunti;
- nuovi iscritti all'Ente.

In tali casi la scheda di adesione dovrà pervenire alla Compagnia entro il 30 del mese successivo a quello di variazione dello stato di famiglia o di assunzione o di decorrenza di un anno dall'iscrizione all'Ente, pena la decadenza del diritto.

Contestualmente dovrà essere inviata alla Compagnia la documentazione comprovante il versamento del relativo premio.

La decorrenza della garanzia sarà quella della data di ricezione della domanda.

Ai fini del pagamento del premio resta inteso che:

- se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno assicurativo la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo;
- se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno assicurativo verrà corrisposto il 60% del premio annuo.

La copertura per il Titolare decorre:

- **se l'assunzione è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, entro 30 giorni dall'assunzione**: dal giorno dell'assunzione
- **se l'assunzione è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, dopo i 30 giorni**: dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.



11.2 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla prima scadenza utile.

11.3 Regolazione del Premio

Oltre a quanto previsto all'art. 10.2 "Anagrafica":

- **entro 30 giorni dalla** ricezione dell'Anagrafica definitiva, si procede alla regolazione contabile del Premio dovuto alla data di decorrenza;
- **entro la fine dell'annualità assicurativa**, si consegna la regolazione contabile del Premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il Premio relativo alla regolazione deve essere versato dal Contraente entro 60 giorni dal ricevimento del documento di regolazione.

Se aumentano i Nuclei familiari in copertura, il Contraente deve pagare il premio di rinnovo aumentato in base all'Anagrafica inviata.

Art. 12. Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. Gli indennizzi sono corrisposti in Italia e liquidati in euro. Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 13. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenuti Compagnia, Contraente e Assicurato ai sensi del presente Contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 14. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) DIP (solo per le coperture volontarie)
- b) DIP Aggiuntivo (solo per le coperture volontarie)
- c) Condizioni di Assicurazione
- d) Informativa Privacy di cui all'Allegato 4 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. 15. Cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
- modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale

- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, la Compagnia trasmette al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 16. Assicurazione per conto altrui

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi previsti devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁹.

Art. 17. 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. 18. Reclami

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

Art. 19. 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 competente¹⁰.

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. 20. 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 in via esclusiva il Foro di Roma
- 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.

⁹ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

¹⁰ D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.



Art. 21. Servizi “Segui la tua pratica” e “Home Insurance”

21.1. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

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

Il servizio può essere attivato indipendente dai canali in cui viene effettuata la domanda di rimborso.

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

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso
- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso
- c) eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

21.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

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

Sul sito internet della Compagnia www.intesasanpaolorbmsalute.com

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

Web (<https://webab.rbmsalute.it/arena-rbmsalute2/>)

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

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

App mobile “Citrus”

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

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

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

Art. 22. Legge applicabile al Contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il presente Contratto è regolato dalla Legge italiana.

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

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 23. Descrizione delle prestazioni Assicurate

Vengono di seguito riportati gli Indennizzi che la Compagnia fornisce all'Assicurato in caso di Sinistri riconducibili a Malattia o Infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

La presente garanzia (PIANO BASE) comprende le prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza di malattia e/o infortuni preesistenti alla stipulazione della polizza (al successivo inserimento in garanzia).

Massimali, limiti, Franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in questo Contratto, nella descrizione delle singole garanzie e nell'Allegato 3.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni assicurate



1.1. Ricovero per Gravi Malattie (allegato 1) e Grandi Interventi Chirurgici (allegato 2)

Prima del Ricovero

Esami, Accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 45 giorni precedenti l'intervento chirurgico o il ricovero in istituto di cura, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.

Durante il Ricovero

- onorari dell'équipe chirurgica, nonché i diritti di sala operatoria ed i materiali di intervento, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento;
- assistenza medica ed infermieristica, cure, trattamenti fisioterapici e rieducativi, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, riguardanti il periodo di ricovero o sostenuti durante il Day Hospital o in ambulatorio per l'intervento chirurgico;
- rette di degenza fino al limite giornaliero di euro 200,00;
- prelievo di organi o parte di essi; ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica ed infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza;

Dopo il Ricovero

esami e visite specialistiche, medicine, prestazioni mediche ed infermieristiche, acquisto e/o

noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), effettuati nei 45 giorni successivi alla data dell'intervento o della dimissione dal ricovero, purché direttamente inerenti alla malattia o all'infortunio che ha determinato il ricorso alle prestazioni.



1.2 Spese dell'accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di euro 1.500,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di euro 30,00 al giorno.



1.3 Trasporto sanitario

Spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e rientro alla propria abitazione con il massimo di euro 2.000,00 per ricovero.



1.4 Rimpatrio della salma

Rimpatrio della salma in caso di decesso conseguente ad intervento chirurgico avvenuto all'estero.

Sub-massimale annuo: 2.000,00 euro.



1.5 Indennità sostitutiva

Nel caso in cui le spese sanitarie per un Ricovero oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, l'Assicurato ha il diritto a richiedere alla Compagnia l'erogazione di una Indennità che matura per ogni giorno di Ricovero. L'importo dell'Indennità è di euro 30,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per persona e per anno assicurativo.

L'Assicurato legittimato a ottenere l'Indennità sostitutiva mantiene comunque il diritto a chiedere il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni descritte al punto 1.1 nei paragrafi "Prima del Ricovero", "Dopo il Ricovero" e punto 1.4 "Spese dell'accompagnatore", sostenute nei giorni prima e dopo il Ricovero.

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

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 40.000,00 euro anno/persona

Sub-Massimali annui a nucleo per

- Spese per l'accompagnatore: 1.500,00 euro a persona nel limite di 30,00 euro al giorno
- trasporto sanitario: 2.000,00 euro per ricovero
- rimpatrio della salma: 2.000,00 euro

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale (solo per le seguenti prestazioni: Spese dell'accompagnatore; Trasporto sanitario; Rimpatrio salma)
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato.

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 40.000,00

Costo dell'intervento di colectomia totale € 14.298,00

Nessuno scoperto

Indennizzo €14.298,00 a totale carico della Compagnia



2.1. Ricovero con Intervento Chirurgico Diverso da Grande Intervento Chirurgico

Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, per l'esecuzione di un intervento chirurgico, la Compagnia riconosce una diaria giornaliera di euro 30,00 al giorno per un massimo di 30 giorni per persona e per anno assicurativo.

La diaria sarà riconosciuta dopo il 2° giorno di ricovero.

In caso di Day-Surgery/intervento chirurgico la diaria giornaliera riconosciuta sarà pari a euro 30,00.

La diaria di cui al presente articolo viene riconosciuta anche in caso di parto cesareo.

Oltre alla diaria giornaliera, la Compagnia provvede al rimborso integrale delle spese sostenute, fino alla concorrenza di euro 4.000,00 per persona e per anno assicurativo, per visite specialistiche e accertamenti diagnostici effettuati nei 45 giorni precedenti il ricovero.

Entro il medesimo massimale di euro 4.000,00, la Compagnia provvede inoltre al rimborso integrale delle spese sostenute per visite specialistiche, medicazioni, ausili e presidi, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi comprese le cure fango balneo massoterapiche e idropiniche (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera),



la medicina palliativa e terapia del dolore purché praticate dal medico, effettuati nei 45 giorni successivi alla dimissione dall'Istituto di cura.



2.2 Spese dell'accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di euro 1.500,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di euro 30,00 al giorno.



2.3 Trasporto sanitario

Spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e rientro alla propria abitazione con il massimo di euro 2.000,00 per ricovero.

3.1 Ricovero senza Intervento Chirurgico



Qualora l'assicurato sia ricoverato in Istituto di Cura, pubblico o privato, anche in regime di Day-Hospital, senza effettuazione di intervento chirurgico, la Compagnia riconosce una diaria giornaliera di euro 30,00 per persona e per anno assicurativo.

La diaria viene erogata per un massimo di 30 giorni per ogni sinistro e verrà riconosciuta a partire dal 3° giorno di ricovero. La giornata di entrata e di uscita sono considerate una sola giornata, qualunque sia l'ora del ricovero e della dimissione. In generale, nel caso l'assicurato venga dimesso nella stessa giornata, oppure il giorno successivo venga ricoverato nuovamente, i due eventi verranno considerati come un solo ricovero. Nel solo caso di dimissione in giornata prefestiva il ricovero successivo dovrà avvenire entro il primo giorno feriale successivo.



3.2. Spese dell'accompagnatore

Qualora, in caso di ricovero dell'assicurato, sulla base di dichiarazione medica rilasciata dal medico curante si rendesse necessaria la presenza di un accompagnatore dell'assicurato, viene garantito un massimale di euro 1.500,00 per persona e per anno assicurativo, per spese di vitto e pernottamento in Istituto di cura, nel limite di euro 30,00 al giorno.



3.3. Trasporto sanitario

Spese di trasporto dell'Assicurato all'Istituto di cura in ambulanza, con unità di terapia intensiva mobile, con aereo di linea, aereo sanitario (limitatamente ai paesi europei e del bacino del mediterraneo), elisoccorso, treno, vagone letto di

trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e rientro alla propria abitazione con il massimo di euro 2.000,00 per ricovero.

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

1.1 Alta Diagnostica

La Compagnia provvede al pagamento delle spese per le seguenti prestazioni extraricovero purché conseguenti a malattia o infortunio:

- Amniocentesi oltre il 35° anno di età, se prescritta da medico specialista a seguito di sospetta malformazione del feto
- Angiografia digitale
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Colangiografia
- Colangiografia percutanea
- Colecistografia
- Coronarografia
- Dacriocistografia
- Fistelografia
- 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

Accertamenti endoscopici

- Broncoscopia
- Colonscopia
- Duodenoscopia
- Esofagoscopia
- Gastrosopia
- Rettoscopia

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

La garanzia è operante in presenza di prescrizione medica contenente l'indicazione del quesito diagnostico o della patologia che ha reso necessaria la prestazione.

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 4.000,00 euro anno/ persona

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale: Non è previsto il rimborso nel caso di utilizzo di strutture non convenzionate con la Società, salvo quando non vi siano strutture convenzionate nella provincia di residenza dell'assicurato e comunque non oltre i 50 chilometri dalla abituale dimora; in tal caso, previa autorizzazione della Centrale operativa della Società, verranno liquidate le spese sostenute, senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia a carico dell'assicurato e fino alla concorrenza dei massimali.
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale in caso di assenza di strutture convenzionate nella provincia di residenza dell'assicurato e non oltre i 50 km dalla dimora abituale: nessuno scoperto/franchigia
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 4.000,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 245,00 di cui € 215,00 a carico della Compagnia e € 30,00 a carico dell'Assicurato

2. ESAMI FINALIZZATI ALLA PREVENZIONE

2.1 Prestazioni

La Compagnia garantisce l'effettuazione, una sola volta nell'arco dell'anno, delle prestazioni di seguito descritte, purché eseguite presso le strutture sanitarie convenzionate, fatta salva la possibilità di effettuare le prestazioni di cui al presente articolo, previa autorizzazione della Centrale operativa della Compagnia, anche presso il Servizio Sanitario Nazionale con rimborso integrale del relativo ticket oppure, qualora non vi siano strutture convenzionate nella provincia di residenza dell'assicurato e comunque non oltre i 50 chilometri dalla abituale dimora, presso strutture sanitarie non convenzionate (sempre previa autorizzazione della Centrale operativa della Compagnia):



- Prelievo venoso, Urea, ALT, AST, Gamma GT, Glicemia, Colesterolo totale, Colesterolo HDL, Trigliceridi, Creatinina, Emocromo, Tempo di tromboplastina parziale PTT, Tempo di protrombina (PT), VES, TAS, Urine, Elettrocardiogramma di base.
- Per gli uomini: Elettrocardiogramma da sforzo.
- Per le donne: Ecodoppler arti inferiori.
- Per gli uomini e per le donne oltre i 30 anni di età:
 - Epiluminescenza.
 - Oltre i 40 anni di età:
 - Per gli uomini: PSA totale, libero o ratio; Ecografia addome inferiore.
 - Per le donne: Mammografia, ecografia mammaria e Pap-Test.
 - Per gli uomini e per le donne oltre i 45 anni di età:
 - TSH (analisi cliniche) – Ecografia tiroidea.

Gli esami finalizzati alla prevenzione possono essere effettuati una sola volta nell'arco dell'anno, ma non necessariamente in una unica soluzione.
Non è richiesta prescrizione medica.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 800,00 euro per persona e per anno assicurativo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale solo qualora non vi siano strutture convenzionate nella provincia di residenza dell'assicurato e comunque non oltre i 50 chilometri dalla abituale dimora, previa autorizzazione della Centrale operativa
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale previa autorizzazione della Centrale operativa della Compagnia

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale in caso di assenza di strutture convenzionate nella provincia di residenza dell'assicurato e non oltre i 50 km dalla dimora abituale: nessuno scoperto/franchigia
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale previa autorizzazione della Centrale operativa della Compagnia: **ticket rimborsati al 100%**.

Art. 24. Estensioni di garanzia

Sono inclusi: Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della copertura.

CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 25. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad alcoolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e alle seguenti infermità mentali: sindromi organiche cerebrali, schizofrenia, forme maniaco-depressive o stati paranoidi;
- 2) le malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso";
- 3) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici od uso di allucinogeni o stupefacenti, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci;
- 4) ricoveri e le cure in genere dovuti a sindrome da immuno-deficienza acquisita (A.I.D.S.);
- 5) le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o malformazioni
- 6) preesistenti alla stipulazione del Contratto;
- 7) le terapie, di qualsiasi tipo, dell'impotenza e della sterilità, nonché quelle rientranti nell'ambito della fecondità assistita;
- 8) l'aborto volontario;
- 9) gli interventi per la correzione dei vizi di rifrazione oculare;
- 10) l'acquisto, la manutenzione, la riparazione e la sostituzione di apparecchi protesici;
- 11) le conseguenze di esposizioni a forme di radioattività artificiale, salvo che il danno alla salute sia conseguente a radiazioni utilizzate per terapie mediche;
- 12) gli infortuni imputabili a stato di ubriachezza qualora alla guida di veicoli, a influenza di sostanze stupefacenti o simili, od in conseguenza di illeciti commessi dolosamente dall'Assistito;
- 13) gli infortuni derivanti da guerre ed invasioni. Le garanzie comprendono tuttavia gli infortuni derivanti da stato di guerra, anche non dichiarata, per il periodo massimo di 14 giorni all'inizio delle ostilità se ed in quanto l'Assistito risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre Si trova all'estero;
- 14) le conseguenze dirette o indirette di pandemie.

Art. 26. Persone non assicurabili

Età minima

Non possono entrare in copertura soggetti che non abbiano già compiuto 16 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione. Tale limite non si applica ai figli del Titolare che possono essere inseriti in copertura secondo quanto indicato nella definizione di "Nucleo familiare".

Età massima

Non possono entrare in copertura soggetti che abbiano già compiuto 75 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione. Per gli Assicurati che raggiungono tale limite di età in corso di copertura, la copertura nei loro confronti cessa alla prima scadenza annuale del

Contratto, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso di premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso vengono restituiti al Contraente al netto degli oneri fiscali.

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 27. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

27.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro alla Compagnia non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo¹¹.

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 di medicina generale 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
- 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

¹¹ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

Regime rimborsuale/Corresponsione di Indennità

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

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

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: Cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme; 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, dell'Intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita

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
- 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 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.

Pagamento dell'indennizzo in caso di Beneficiario minorenne o incapace d'agire

In caso di beneficiario minorenne o incapace d'agire Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga l'indennizzo:

- o a chi esercita la potestà parentale
- o al Tutore
- o al Curatore
- o all'Amministratore di sostegno

dietro presentazione dell'originale o copia autenticata di Decreto del Giudice Tutelare che autorizza questi ultimi a riscuotere il capitale destinato al beneficiario minorenne o incapace.

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 a Intesa Sanpaolo RBM Salute, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una Franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta 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).

27.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di Assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi:

- 1) richiesta del voucher**
- 2) rilascio del voucher**

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa** (attiva **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**) **allegando la documentazione necessaria.**

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, **l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica.**

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Con esclusivo riferimento alle prestazioni odontoiatriche e fisioterapiche, Intesa Sanpaolo RBM Salute ammette anche la possibilità che la richiesta di emissione del Voucher per la prestazione successiva alla prima sia inoltrata da parte della struttura o del medico convenzionati che si siano resi disponibili.

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono
 - **800991832** da telefono fisso (numero verde)
 - **04221744 415** da cellulare e per chiamate dall'estero.

Relativamente alle prestazioni pre ricovero è possibile richiedere il voucher esclusivamente tramite canale telefonico.

Dati da fornire alla Centrale operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite dalla Compagnia
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi o la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata
 - prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, dalle terapie e dalle analisi di laboratorio: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.
 - In caso di prestazione extra ricovero l'Assicurato dovrà firmare le ricevute a titolo di attestazione dei servizi ricevuti.

Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione (sanitaria)

- **copia del certificato di prenotazione del Ricovero**, o dell'autorizzazione al Ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta, per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-Ricovero in regime di Assistenza diretta
- **in caso di Infortunio devono essere presentati anche:**
 - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo

- se l'Infortunio è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
- **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare **il Modulo CID** (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente;
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dal Contratto, in caso di Ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- **in caso di gravidanza a rischio:** certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del Servizio Sanitario Nazionale

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:

- in caso di avvenuta attivazione all'Area Riservata: tramite Area Riservata/App
- negli altri casi: tramite altra modalità utilizzabile dall'Assicurato (es. e-mail) concordata con la Centrale Operativa

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa
- se disponibili nel territorio, **sono individuate le strutture convenzionate** (in caso di Ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione**
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate **e la prestazione da eseguire.**

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post Ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata:

1. ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia;
2. alla fine della copertura.

Esempio 1:

se le prestazioni post Ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/11/2022;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2022, per un totale di 51 giorni (in luogo dei convenzionali 90 giorni dalla data di emissione).

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 90 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale operativa:

- rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: Franchigie, scoperti)

- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**

- invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 90 giorni dalla data di emissione, a meno di limiti che intervengano prima dei 90 giorni per:

1. il raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o
2. La cessazione della copertura.

Superato il termine di validità di 90 giorni, in presenza di copertura, l'Assicurato potrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®.

Esempio 1:

Data di dimissione ospedaliera a seguito di ricovero: 10/03/2022

Termine di indennizzo per le spese post ricovero: 120 giorni dalle dimissioni (10/07/2022)

Richiesta VoucherSalute®: 05/05/2022

VoucherSalute® emesso il 10/05/2022;

VoucherSalute® valido fino al 10/07/2022, per un totale 60 giorni dal 10/05/2022.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/12/2022;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2022, per un totale 21 giorni dal 10/12/2022.

Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullare il voucher prima dell'erogazione della prestazione presso la struttura sanitaria, può farlo dalla propria area riservata.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (→ qui sotto, par. b).

Segnalazione di nuove Strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalare, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento.

È sufficiente proporre la candidatura nel sito www.previmedical.it alla sezione "Richiedi una convenzione".

b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero per Gravi malattie e Grandi Interventi Chirurgici)

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa nonostante si sia deciso di utilizzare comunque una Struttura del Network

- l'Assicurato o altro soggetto legittimato può chiedere il rilascio del voucher **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del Ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato o altro soggetto legittimato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa** (per mail assistenza.eap@intesasanpaolorbmsalute.com) **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.

c) La prenotazione

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione dalla Compagnia, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

d) Centrale operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, può richiederne il rimborso a Intesa Sanpaolo RBM Salute 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.

e) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, Franchigie, prestazioni non previste dal Contratto), e, in caso di Ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, Cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- la Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili secondo quanto previsto dal Contratto
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal Contratto, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di Ricovero Cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie..)

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dal Contratto (per es.: Franchigie e scoperti, superamento di Massimali).

f) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione

- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato

- l'Assicurato deve
 - restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
 - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici nel caso in cui la Compagnia non avesse ancora effettuato il pagamento.

27.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso / Richiesta di Indennità

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

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato cui si riferisce il Sinistro e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.
- le prestazioni devono
 - **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**
 - **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (o dall'indicazione della patologia o sospetta tale)**
 - **essere comprovate da idonea documentazione di spesa rilasciata da Istituto di Cura, da Centro Medico o da professionista sanitario o comunque da ente congruente con la prestazione effettuata; la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi.**

Nel caso in cui la richiesta di indennizzo abbia ad oggetto più prestazioni relative ad uno stesso evento e riconducibili a diverse garanzie, la fattura presentata dall'Assicurato deve contenere il dettaglio dell'importo specifico sostenuto per ogni prestazione, in modo che ciascuna possa essere ricondotta alla relativa garanzia.

Nel caso in cui l'Assicurato non riesca ad ottenere tale dettaglio dei costi, Intesa Sanpaolo RBM Salute lo ricava dividendo l'importo totale della fattura presentata per il numero delle prestazioni effettuate. Ogni singola prestazione viene quindi ricondotta alla propria garanzia, con applicazione delle relative regole (es. massimale, scoperto, franchigia).

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

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'Indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 30 giorni continuativi dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.intesasanpaolorbmsalute.com sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica). Nel

caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo RBM Salute prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo (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 quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico o da professionista sanitario o comunque da ente congruente con la prestazione effettuata; la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere.
3. **copia conforme della Cartella clinica completa, contenente anche** la S.D.O., in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, in caso di Ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
5. **in caso di gravidanza a rischio**: certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del Servizio Sanitario Nazionale
6. in caso di **Infortunio** devono essere presentati anche:
 - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo.
 - se l'Infortunio è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo.**

In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare **il Modulo CID** (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del

sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:
INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
c/o PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

b) Richiesta di rimborso on line

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

- dalla propria area riservata (<https://webab.rbmsalute.it/arena-rbmsalute2/> - Gestisci la tua Polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi – Area Riservata – sinistri)
- attraverso la app mobile.

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

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

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Regime rimborsuale, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione

- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato

- l'Assicurato deve restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato all'Assicurato

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli¹²:

Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 8 - Altre assicurazioni/contratti

Art. 9 - Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

Art. 10 - Pagamento del Premio - Anagrafica

Art. 11 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

Art. 20 - Foro competente

Art. 25 - Esclusioni

Art. 26 - Persone non assicurabili

Art. 27 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

¹² Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.

Allegato 1: Gravi Malattie

INFARTO DEL MIOCARDIO

Morte di una porzione di muscolo cardiaco in seguito a fornitura insufficiente di sangue nell'area interessata.

CORONAROPATIA

Malattia che determini intervento chirurgico al cuore per correggere il restringimento o il blocco di due o più arterie a coronarie, con innesto di by-pass o richieda tecniche non chirurgiche, quali l'insufflazione angioplastica o la terapia con il laser finalizzata alla disostruzione.

ICTUS CEREBRALE

Accidenti cerebro-vascolari aventi (colpo apoplettico) ripercussioni neurologiche di durata superiore alle 24 ore e che implicino morte di tessuto cerebrale con esiti disfunzionanti accertati.

MALATTIA ONCOLOGICA

Ogni stato di malattia determinata dalla presenza di neoplasia benigna o maligna (quest'ultima sia localizzata che diffusa), comprese tutte le manifestazioni tumorali a carico del sistema linfatico ed emopoietico.



Allegato 2: Grandi Interventi Chirurgici

COLLO

Gozzo retrosternale con mediastinotomia.

ESOFAGO

Interventi con esofagoplastica.

Gastroectomia totale.

Gastroectomia allargata

Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria.

Intervento per fistola

gastro-digiunocolica.

Mega-esofago e esofagite da reflusso.

Cardioplastica.

INTESTINO

Colectomia totale

RETTO-ANO

Interventi per neoplastie per retto-ano per via addominoperineale.

Atresia dell'ano con fistola retto uretrale o retto vulvare.

Operazione per megacolon.

Proctocolectomia totale.

FEGATO

Derivazioni biliodigestive.

Interventi sulla papilla di Water.

Reinterventi sulle vie biliari.

Interventi chirurgici per ipertensione portale.

PANCREAS -MILZA

Interventi per pancreatite acuta.

Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche.

Interventi per pancreatite cronica.

Interventi per neoplasie pancreatiche.

INTERVENTI SUL POLMONE

Tumori della trachea.

CARDIOCHIRURGIA

Interventi a cuore aperto per:

- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi.
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale.
- Correzione impianto anomalo coronarie.
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica.
- Correzione canale atrioventricolare completo.
- Finestra aorto-polmonare.

Correzione di:

- Ventricolo unico;
- Ventricolo destro a doppia uscita; truncus arteriosus;
- Coartazione aortiche di tipo fetale; coartazione aortiche multiple o molto estese;



- stenosi aortiche infundibulari;
- Stenosi aortiche sopravalvolari; trilogia di Fallot;
- Tetralogia di Fallot; atresia della tricuspide;
- Pervietà interventricolare ipertesa; pervietà interventricolare con "debanding";
- Pervietà interventricolare con insufficienza aortica.
- Sostituzioni valvolari multiple.
- By-pass aortocoronarici multipli.
- Sostituzioni valvolari con by-pass aortocoronarico.
- Aneurismi aorta toracica.
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass circolatorio.
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto.
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici. Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale.

CHIRURGIA DEL SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO

Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale. Asportazione tumori dell'orbita.

Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie etc.).
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose). Emisferectomia.

Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sui divus per via anteriore.
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto.

Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo. Asportazione di processi espansivi del rachide extra-introdurali extramidollari. Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi etc.).

Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica. Somatotomia vertebrale.

Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica.

CHIRURGIA VASCOLARE

Operazioni sull'aorta toracica e sull'aorta addominale.
Trattamento chirurgico dell'ipertensione portale.

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti.
Resezioni del sacro.

Osteosintesi rachidee con placche e viti transpeduncolari. Disarticolazione interscapolo toracica.

Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto.

Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom- made". Emipelvectomia.

Emipelvectomie "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto. Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca. Vertebrotonomia.

Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi.

Uncoforaminotomia.



Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale.

Artrodesi per via anteriore. Interventi di protesizzazioni di spalla, gomito, anca o ginocchio. Interventi per via posteriore con impianti. Interventi per via posteriore senza impianti. Interventi per via anteriore senza impianti. Interventi per via anteriore con impianti.

UROLOGIA

ESWL (litotissia extracorporea con onde d'urto). Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia. Ileo bladder.

Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale. Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder.

Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali. Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi. Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale. Megauretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale.

GINECOLOGIA

Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale.

Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale.

Intervento radicale per carcinoma ovarico.

TRAPIANTI D'ORGANI

Tutti.

Allegato 3: 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/Persona e gli scoperti/franchigie per sinistro.

PIANO BASE	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
Massimale Grandi Interventi	€ 40.000,00 a persona
Ricovero per gravi malattie e grandi interventi chirurgici (all. 1 e 2) Condizioni:	
diretta	Nessuno scoperto/franchigia
Ticket	100%
Limite retta di degenza	€ 200,00 al giorno
Pre/post	45 gg / 45 gg
Accompagnatore	€ 1.500,00 anno / persona – max € 30,00 al giorno
Rimpatrio Salma	€ 2.000,00
Trasporto malato	€ 2.000,00 per ricovero
Indennità sostitutiva	€ 30,00 al giorno per massimo 30 giorni per anno
Ricovero con intervento chirurgico diverso da grande intervento chirurgico (compreso parto cesareo)	
Diaria	€ 30,00 al giorno per massimo 30 giorni per anno - € 30,00 in caso di Day Surgery / Intervento chirurgico
Pre/post	Massimale € 4.000,00 anno/persona - 45 gg / 45 gg
Accompagnatore	€ 1.500,00 anno / persona – max € 30,00 al giorno
Trasporto malato	€ 2.000,00 per ricovero
Ricovero senza intervento chirurgico	
Diaria	€ 30,00 al giorno per massimo 30 giorni per sinistro – a partire dal 3° giorno
Accompagnatore	€ 1.500,00 anno / persona – max € 30,00 al giorno
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica (elenco specifico)	
Massimale	€ 4.000,00 anno / persona
Condizioni:	
diretta	Nessuno scoperto / franchigia
rimborso	Non previsto – Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla dimora dell'assicurato superiore a 50 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni.
Ticket	100%
Esami finalizzati alla prevenzione	
Massimale	Una sola volta all'anno 800,00 euro per persona
Condizioni	
In diretta	Nessuno scoperto/franchigia
Ticket	100%

ALLEGATO 4: 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.intesasampaolorbmsalute.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@intesasampaolorbmsalute.com

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

Categorie di Dati Personali

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

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

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

Finalità e base giuridica del trattamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App

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

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

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

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

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@intesasnpaolorbmsalute.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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 305.208.000,00 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

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 € 305.208.000 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).