



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Collettiva Malattie gravi

per le Aziende, Enti, Collettività, Persone fisiche o giuridiche

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mod. CA186373 - 022023

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.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.

Società del gruppo **INTESA**  **SANPAOLO**



SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 26:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 – Norme che regolano il contratto in generale** - da pag. 5

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 12
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 16
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 18
- **Capitolo 4 - Disposizioni varie** - da pag. 26

ALLEGATI

- Scheda riassuntiva
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)
- Stati patologici preesistenti

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.

AJCC: American Joint Committee on Cancer

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 in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale operativa, da pagare alle strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Carenza: periodo compreso tra la stipula dell'Assicurazione e l'attivazione delle coperture.

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

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 e al Network
- autorizzare le prestazioni in forma 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 della polizza, premio, dati del Contraente, soggetti assicurati, ecc).

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

Contraente: un soggetto quale Azienda, Ente, Collettività o, più in generale, persona giuridica con sede in Italia, o persona fisica con P. IVA, con domicilio in Italia che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Data Evento:

- quella della prima diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di indennizzo
- quella dell'inserimento nelle liste d'attesa di trapianti italiane, o del trapianto, se non c'è stato l'inserimento nelle predette liste
- quella di richiesta di Second Opinion per il secondo parere medico
- quella della visita di controllo

Evento:

- prima diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di Indennizzo
- per il solo trapianto di organo, l'inserimento nelle liste d'attesa di trapianti italiane o il trapianto se avvenuto senza il predetto inserimento
- la richiesta di second opinion per il secondo parere medico
- visita per la visita di controllo.

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

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.

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).

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

Massimale: importo massimo indennizzabile o numero massimo di volte in cui una prestazione può essere indennizzata (es. una visita specialistica all'anno), per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia.

Network: rete convenzionata di In Salute Servizi 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 web InSalute o nell'App mobile.

Parti: il Contraente e la Compagnia.

Polizza: Assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve alla Compagnia.

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.

Non è prevista la compilazione del Questionario sanitario.



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

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

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

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

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

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

CAPITOLO 1 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007¹.

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Carenza contrattuale

Non prevista.

Art. 3. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I Premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

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

Il diritto al pagamento delle rate di Premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze².

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

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

Art. 5. Cosa si assicura

La Compagnia riconosce all'Assicurato un Indennizzo nel caso in cui gli venga diagnosticata l'entrata in coma o una delle Malattie gravi tra quelle previste dalla presente copertura assicurativa, oppure debba sottoporsi ad un trapianto d'organo come ricevente. È inoltre prevista l'erogazione di un secondo parere medico rispetto ad una prima diagnosi di determinate patologie e una visita di controllo.

I livelli di Indennizzo variano a seconda dell'opzione scelta.

Sono previsti tre livelli di copertura a scelta del Contraente con Indennizzo crescente: basic, medium e top.

¹ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

² Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

Massimali, limiti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati in queste CDA, nella spiegazione delle singole prestazioni assicurate e nell'allegato 1 "scheda riassuntiva", differenziate per opzione.

Art. 6. 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'Assicurazione³.

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 delle coperture assicurative.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 7. Decorrenza dell'assicurazione – Tacito rinnovo – Diritto di recesso

7.1 Decorrenza

L'Assicurazione dura un anno e ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di polizza se il Premio è stato pagato, salvo quanto previsto dall'art. 8.1.

7.2 Tacito rinnovo

Il contratto prevede il tacito rinnovo, salvo eventuale invio della disdetta.

L'Assicurazione è pertanto prorogata di un anno e così per le successive scadenze se una delle Parti non dà disdetta, con raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza.

Il Contraente può disdire l'Assicurazione inviando comunicazione alla Compagnia, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità di riferimento, con una delle seguenti modalità:

- raccomandata A/R da inviare all'indirizzo Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE) (per verificare il rispetto del termine di 30 giorni di preavviso fa fede il timbro postale di invio della raccomandata);
- posta elettronica certificata a comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com;
- sottoscrizione dell'apposito modulo di disdetta presso la filiale della Banca nella quale ha acquistato la Polizza o nel frattempo ha trasferito il conto corrente (per verificare il rispetto dei 30 giorni di preavviso farà fede la data indicata nel modulo rilasciato dalla filiale).

La Compagnia può disdire l'Assicurazione, inviando al Contraente, entro i 30 giorni precedenti la scadenza dell'annualità di riferimento dell'Assicurazione stessa, una raccomandata A/R all'ultimo indirizzo conosciuto (per verificare il rispetto del termine di preavviso di 30 giorni farà fede il timbro postale di invio della raccomandata).

Per effetto della disdetta l'Assicurazione cessa alle ore 24:00 del giorno di scadenza dell'annualità assicurativa.

³ Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.

L'Assicurazione non si rinnova tacitamente se il numero di soggetti appartenenti alle categorie omogenee scende al di sotto del limite minimo.

7.3 Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dal contratto.

Art. 8. Pagamento del premio - Anagrafica

8.1 Premio

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

Il Premio è annuo e indivisibile e il suo importo varia a seconda del numero di soggetti e delle opzioni scelte.

È versato dal Contraente alla Compagnia con

- addebito su c/c
- bonifico bancario.

Se il metodo di pagamento scelto è il bonifico bancario, il Contraente ha tempo fino al 15° giorno dalla data di decorrenza indicata nel Certificato di Polizza per effettuare il pagamento del Premio. La gestione dei Sinistri sia in Assistenza diretta che in forma indennitaria rimane sospesa fino al pagamento del Premio.

Se il Contraente non paga il Premio entro il 15° giorno la Polizza verrà annullata ed eventuali Sinistri precedentemente denunciati non verranno ritenuti indennizzabili.

8.2 Anagrafica

Alla decorrenza della copertura assicurativa il Contraente deve far pervenire alla Compagnia le Anagrafiche tramite tracciato informatico concordato. Le Anagrafiche devono contenere anche gli indirizzi e-mail e i numeri di cellulare in uso agli Assicurati per l'invio delle credenziali personali di accesso all'area riservata di cui all'art. 19.2.

Il Contraente potrà aggiornare i dati anagrafici durante la copertura assicurativa utilizzando gli applicativi messi a disposizione dalla Compagnia.

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

Art. 9. Variazione delle persone assicurate - Regolazione del Premio - Categorie assicurate

9.1 Inserimento di nuovi Assicurati

La copertura per nuovo Assicurato, decorre:

- **se l'instaurazione del rapporto di lavoro oppure l'acquisizione della qualifica necessaria per poter assumere il ruolo di Assicurato (es. nomina ad Amministratore Delegato) è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, entro 30 giorni dall'assunzione o dall'acquisizione della qualifica di Assicurato:** dal giorno dell'instaurazione del rapporto di lavoro o dell'acquisizione della qualifica
- **se l'instaurazione del rapporto di lavoro oppure l'acquisizione della qualifica necessaria per poter assumere il ruolo di Assicurato (es. nomina ad Amministratore Delegato) è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, dopo i 30 giorni:** dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.



Inclusioni nel primo semestre dell'annualità assicurativa (es. decorrenza polizza 01/09/2022, nuovo Assicurato incluso dal 01/12/2022): è dovuto il 100% del premio annuo riferito al nuovo Assicurato, per l'intero periodo di copertura (fino al 31/08/2023).

Inclusioni nel secondo semestre dell'annualità assicurativa (es. decorrenza polizza 01/09/2022, nuovo Assicurato incluso dal 01/05/2023): è dovuto il 70% del premio annuo riferito al nuovo Assicurato, per l'intero periodo di copertura (fino al 31/08/2023).

9.2 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla prima scadenza utile.

9.3 Regolazione premio

Oltre a quanto previsto all'art. 8.2 "Anagrafica" alla fine della annualità assicurativa la Compagnia effettua la regolazione contabile del premio a seguito delle inclusioni in corso d'anno.

Il Premio relativo alla regolazione deve essere versato dal Contraente secondo la modalità di pagamento scelta in Polizza (con addebito su c/c o con bonifico bancario) entro 15 giorni dal ricevimento del documento di regolazione.

Se aumentano gli Assicurati, il Contraente deve pagare la rata di rinnovo aumentata in base allo stato del rischio comunicato.

9.4 Categorie assicurate

Sono assicurabili intere categorie omogenee di soggetti relative a:

- lavoratori con contratto di lavoro dipendente (anche di Enti del Terzo Settore):
 - Dirigenti
 - Quadri direttivi
 - Impiegati
 - Operai
 - Soci lavoratori quali soggetti che svolgono anche un'attività lavorativa presso la società di cui sono soci.
- lavoratori con contratto di lavoro dipendente e non:
 - Amministratori/Imprenditori (in presenza di categoria omogenea di lavoratori dipendenti)
 - Membri del Consiglio di Amministrazione (in presenza di categoria omogenea di lavoratori dipendenti)
 - Stagisti
 - Tirocinanti
 - Personale con contratto di collaborazione
- altre categorie senza rapporto di lavoro dipendente:
 - Soci

- Liberi professionisti.

Tutti gli Assicurati:

- non devono rientrare tra le categorie di cui all'art. 24 "Persone non assicurabili";
- devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

Il numero complessivo di Assicurati inseriti in copertura per Polizza non può essere inferiore a 2 soggetti, esclusi amministratori, imprenditori e membri del Consiglio di Amministrazione. I lavoratori appartenenti alla categoria di imprenditori, amministratori e membri del Consiglio di Amministrazione sono assicurabili solo in presenza di almeno un'altra categoria omogenea di lavoratori (almeno 2), esclusi loro.

Qualora tali requisiti vengano meno nel corso dell'annualità assicurativa la copertura opera fino alla sua naturale scadenza; il numero minimo di soggetti appartenenti alle categorie omogenee deve sussistere alla scadenza di ogni annualità assicurativa, pena il mancato rinnovo della copertura assicurativa.

Non è previsto un numero minimo di imprenditori, amministratori e membri del Consiglio di Amministrazione da portare in copertura.

Rientrano in copertura tutte le persone assicurabili appartenenti alla medesima categoria di lavoratori.

Art. 10. Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale per gli Eventi accaduti in tutto il mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

La visita di controllo e la second opinion possono essere effettuate solo in Italia.

Art. 11. Forma delle comunicazioni

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

Il Contraente autorizza la Compagnia a trasmettere le comunicazioni relative al contratto, o comunque previste dalla normativa vigente, in formato digitale alla mail, oppure, in formato cartaceo agli indirizzi indicati nel Certificato di polizza o a quelli successivamente comunicati dal Contraente alla Compagnia.

Art. 12. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Informativa Privacy di cui all'allegato 2 delle presenti CDA.

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.

Il Contraente provvederà tempestivamente a fornire idonea informativa a tutti gli Assicurati sul diritto di questi ultimi di richiedere alla Compagnia, secondo le istruzioni fornite, le credenziali per l'accesso all'area riservata e le presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 13. Assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- 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 consegna al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Contraente il quale si adopererà per comunicarle a ciascun Assicurato.

Art. 14. Assicurazione per conto altrui

Questa Assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della Polizza devono essere adempiuti dal Contraente ovvero, ove diversamente stabilito dall'Aderente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁴.

Art. 15. 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. 16. 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.

Art. 17. Foro Competente

Fermo quanto indicato nel successivo articolo 18, per le controversie connesse al presente contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione):

- tra la Compagnia e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale la Compagnia;

⁴ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

- 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.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 18. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie: mediazione

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

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

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

Art. 19. Servizi "Consultazione pratica" e "Home Insurance"

19.1 SERVIZIO "CONSULTAZIONE PRATICA"

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

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

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

19.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Web ([http: https://areariservata.insaluteservizi.com](https://areariservata.insaluteservizi.com))

Area riservata

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Indennizzo
- 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 indennizzo
- visualizzare le CDA nella sezione "Documenti".

App mobile "InSalute Servizi"

Con l'app mobile "InSalute Servizi", è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network

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

- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta o inviare le richieste di Indennizzo.

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

Art. 20. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla legge italiana.

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

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 21. Descrizione delle prestazioni Assicurate

La Compagnia riconosce all'Assicurato:

- un Indennizzo in caso di prima diagnosi di coma o di una malattia grave, tra quelle previste dalla presente copertura assicurativa, nonché in caso di trapianto d'organo che veda l'Assicurato come ricevente
- un secondo parere medico (second opinion) a seguito di diagnosi di specifiche patologie
- una visita di controllo in qualsiasi specializzazione medica.

I livelli di Indennizzo variano a seconda dell'opzione scelta.

Sono previsti tre livelli di copertura a scelta del Contraente con indennizzo crescente: basic, medium e top.

Il Contraente può scegliere l'opzione top soltanto se il numero complessivo degli Assicurati è superiore a 10; in sede di rinnovo della Polizza è possibile mantenere tale opzione scelta, anche nel caso in cui, al rinnovo, ci sia stata una diminuzione del numero dei lavoratori assicurati.

Massimali, limiti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati in queste CDA, nella spiegazione delle singole prestazioni assicurate e nell'allegato 1 "scheda riassuntiva", differenziate per opzione.

1. Indennizzo per stati patologici

1.1 Prestazioni

La Compagnia paga un Indennizzo se all'Assicurato viene diagnosticata, dopo la data di decorrenza della copertura assicurativa, l'entrata in coma o una delle gravi Malattie di seguito descritte, nonché in caso di trapianto d'organo, alle condizioni di seguito riportate.



Infarto miocardico: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (cardiologo) di infarto miocardico acuto. L'infarto miocardico acuto è la morte di una parte del miocardio causata da un mancato apporto di sangue nell'area interessata. La diagnosi deve essere confermata da un aumento e/o caduta dei biomarker cardiaci (Troponina I, Troponina T o CK-MB) rispetto al livello considerato diagnostico di infarto miocardico acuto e da almeno 2 dei seguenti criteri:

- o segni e sintomi cardiaci acuti che indicano un infarto miocardico acuto
- o nuovi cambiamenti nell'ECG caratteristici di un infarto miocardico acuto
- o riscontri nella diagnostica ad immagini di nuova perdita di vitalità del miocardio nuova anomalia del movimento della parete regionale.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- altre sindromi coronariche acute diverse dall'infarto miocardico
- angina senza infarto miocardico.

Cancro: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (oncologo) di cancro. Il cancro è un tumore maligno diagnosticato come tale dall'esame istopatologico. Il cancro comprende linfomi maligni e malattie maligne del midollo osseo inclusa la leucemia.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- carcinoma in situ, cancro in situ, cancro non invasivo, displasia e tutte le condizioni pre-maligne
- carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante
- cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (saliva, feci, urina...) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili

Ictus cerebrale: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di ictus. L'ictus è la morte del tessuto cerebrale dovuta ad un apporto insufficiente di sangue (ictus ischemico) o ad un'emorragia (ictus emorragico) entrambi caratterizzati dalla comparsa improvvisa di nuovi riscontri neurologici, coerenti con la diagnosi di ictus che devono persistere continuativamente ed essere oggettivamente riscontrabili almeno 60 giorni successivi all'evento. Sono richiesti nuovi riscontri alla TAC o alla RMI tali da confermare la diagnosi di ictus.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- attacco ischemico transitorio (TIA) per temporanea interruzione o riduzione dell'afflusso del sangue al cervello
- lesioni al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni a seguito di trauma

- emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente; anomalie riscontrate alla TAC o alla RMI in assenza di chiara sintomatologia clinica di ictus e relativi deficit neurologici

Insufficienza renale: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (nefrologo) di insufficienza renale terminale all'ultimo stadio di entrambi i reni. La diagnosi deve richiedere permanentemente dialisi regolare.

Insufficienza epatica cronica terminale: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (gastroenterologo) di insufficienza epatica. La diagnosi deve attestare una patologia cronica del fegato che risulta in uno stadio terminale di insufficienza epatica dovuto a cirrosi. Devono essere presenti tutti i seguenti: ittero permanente, asciti, encefalopatia epatica.

Coma: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di coma. La diagnosi deve attestare uno stato di incoscienza permanente e irreversibile, caratterizzato dall'assenza di reazioni a stimoli esterni o bisogni interni. Lo stato di incoscienza deve:

- richiedere l'utilizzo di sistemi di supporto delle funzionalità vitali per un periodo continuativo di almeno 96 ore
- essere associato ad un deficit neurologico permanente, con persistenza della sintomatologia clinica.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- coma farmacologico
- coma secondario legato all'abuso di alcool o sostanze stupefacenti.

Trapianto d'organo: il sottoporsi a un trapianto come ricevente di uno dei seguenti organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo o l'inclusione in una lista ufficiale di trapianti italiana per tale procedura.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- trapianto parziale di organi o l'impiego di tessuti, cellule e cellule staminali.

Durante il primo anno di operatività della copertura, l'Indennizzo di cui all'art. 20, 1° comma, viene corrisposto in misura pari al 50% rispetto a quello previsto in base all'opzione scelta se l'Assicurato rientra in una delle casistiche indicate dall'Allegato 3 "Stati patologici preesistenti" alle presenti CDA.

Dal secondo anno di copertura, invece, l'Indennizzo viene sempre riconosciuto al 100%.

Esempio: durante la prima annualità assicurativa, all'Assicurato che prima dell'inizio della copertura aveva già sofferto di cancro (es. ai polmoni) viene nuovamente diagnosticato un cancro, indipendente dal primo cancro (nuova/prima diagnosi es. al fegato).



Trattandosi di Eventi della medesima tipologia ("Cancro" – rif. Allegato 3), l'Assicurato ha diritto all'indennità ridotta al 50%; l'Indennizzo viene riconosciuto anche nel caso in cui il nuovo cancro colpisca il medesimo organo.

Durante la seconda annualità assicurativa, all'Assicurato che prima dell'inizio della copertura aveva già sofferto di cancro (es. ai polmoni), viene nuovamente diagnosticato un cancro, indipendente dal primo cancro (nuova/prima diagnosi es. alla prostata): egli ha diritto al 100% dell'indennità.

L'indennità non è riconosciuta agli eredi se la diagnosi della grave patologia è avvenuta in un momento successivo al decesso dell'Assicurato: l'Assicurato deve essere in vita al momento della diagnosi.

1.2 Massimali

L'importo dell'Indennizzo varia a seconda del livello di copertura scelto ed è indicato all'interno dell'Allegato 1 "scheda riassuntiva".

Le somme sono corrisposte per Evento.

La Compagnia riconosce più indennizzi se all'Assicurato sono diagnosticate più malattie gravi, stati comatosi o la necessità di sottoporsi a trapianti in corso di copertura. Tali Eventi non devono però essere:

- concomitanti
- concause l'uno dell'altra.

Esempio di Eventi concomitanti: ictus cerebrale e insufficienza renale al contempo

Esempio di Eventi che siano concausa l'uno dell'altro: l'Assicurato a causa di un infarto miocardico entra in stato comatoso, oppure a causa di infarto miocardico sviluppa una insufficienza renale.

2. Second Opinion

La Second Opinion è un secondo parere medico che l'Assicurato può richiedere alla Compagnia una sola volta nel corso della annualità assicurativa e solo nel caso in cui abbia ricevuto una diagnosi, dopo la data di decorrenza della copertura assicurativa, relativa a:

- Infarto miocardico
- Cancro
- Ictus cerebrale
- Insufficienza renale
- Insufficienza epatica cronica terminale
- Coma
- Necessità di sottoporsi a trapianto d'organo come ricevente.

L'Assicurato (o, se impossibilitato, chi è delegato dall'Assicurato) dovrà spiegare ai medici della Centrale operativa il proprio caso, e dovrà inviare tutta la relativa documentazione medica.

I medici della Centrale operativa verificheranno la documentazione pervenuta e la invieranno al Centro medico convenzionato col Network specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.

Entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale operativa invierà all'Assicurato la Second opinion scientifico-specialistica. La Compagnia si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio.

La Second Opinion può essere richiesta entro 6 mesi dal giorno della diagnosi. La diagnosi deve essere stata rilasciata in vigenza di copertura.

3. Visita di controllo

È garantita la possibilità di effettuare, presso le strutture convenzionate del Network, una visita specialistica gratuita per ciascuna annualità di Polizza, in qualsiasi specializzazione.

Non è richiesto che la visita sia relativa alle patologie elencate al punto 1 e non sono applicati né scoperti né franchigie.



La visita è garantita anche in caso di consulto o mero controllo; non è pertanto richiesta la prescrizione medica.

Art. 22. Estensioni di garanzia

Durante il primo anno di operatività della copertura, l'Indennizzo di cui all'art. 20, 1° comma, viene corrisposto in misura pari al 50% rispetto a quello previsto in base all'opzione scelta se l'Assicurato rientra in una delle casistiche indicate dall'Allegato 3 "Stati patologici preesistenti" alle presenti CDA.

Dal secondo anno di copertura, invece, l'indennizzo viene sempre riconosciuto al 100%.

CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 23. Esclusioni

Le prestazioni previste dal presente contratto non vengono erogate nel caso in cui gli eventi previsti risultino causati direttamente o indirettamente da:

- 1) attività dolosa dell'Assicurato
- 2) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi
- 3) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti
- 4) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo
- 5) uso di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni



6) infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione

L'Indennizzo non può essere richiesto anche nei seguenti casi:

1) relativamente all'evento infarto miocardico:

- a. altre sindromi coronariche acute diverse dall'infarto miocardico
- b. angina senza infarto miocardico

2) relativamente all'evento cancro:

- a. carcinoma in situ, cancro in situ, cancro non invasivo, displasia e tutte le condizioni pre-maligne
- b. carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- c. tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- d. carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante
- e. cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina...) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili

3) relativamente all'evento ictus cerebrale:

- a. attacco ischemico transitorio (TIA)
- b. lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni
- c. emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente; anomalie riscontrate alla TAC o alla RMI in assenza di chiara sintomatologia clinica di ictus e relativi deficit neurologici

4) relativamente all'evento trapianto d'organo:

- a. trapianto di altri organi diversi dal cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo, parti di organi, tessuti o cellule
- b. trapianto parziale o l'impiego di cellule staminali

5) relativamente all'evento coma:

- a. coma farmacologico
- b. coma secondario legato all'abuso di alcool o sostanze stupefacenti.

Art. 24. Persone non assicurabili

L'Assicurato, alla decorrenza dell'assicurazione, deve avere almeno 16 anni compiuti e un'età massima di 70 anni (compresi).

Al compimento del 71° anno di età la copertura rimane valida fino alla prima scadenza utile e poi non può più rinnovarsi per l'Assicurato.

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 25. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

25.1 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'Indennizzo⁶.

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 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:

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione

Si precisa che quelli sopra elencati rappresentano i principali motivi di respingimento che si possono verificare in conformità alle previsioni di polizza. L'elenco non è quindi da considerarsi esaustivo.

La Compagnia non corrisponde l'indennizzo all'Assicurato anche nei seguenti casi:

- annullamento della richiesta di Indennizzo da parte dell'Assicurato
- prestazione non eseguita
- prestazione diversa da quella autorizzata

⁶ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

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

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: assenza della diagnosi del medico specialista in caso di infarto miocardico)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario. Se l'Assicurato non integra la domanda di indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta della Compagnia, il Sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

Data del Sinistro

- quella della diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di pagamento dell'indennizzo
- per il solo trapianto di organo, quella in cui l'Assicurato viene inserito nelle liste d'attesa ufficiali di trapianti italiane o quella del trapianto, se non c'è stato l'inserimento nelle predette liste
- quella della richiesta di second opinion per il secondo parere medico
- quella della visita per la visita di controllo.

Lingua della documentazione

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

Visite di medici incaricati dalla Compagnia

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

L'accertamento può essere disposto

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

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza 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 l'indennizzo 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



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

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:

- a chi esercita la potestà parentale
- al Tutore
- al Curatore
- 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.

Uso di medici e strutture convenzionati

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi solo in Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

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

Prestazioni tra due annualità

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

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).

25.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

25.2.1 Per chiedere la visita di controllo

L'Assicurato deve scegliere la Struttura e/o il medico del Network presso la quale eseguire la prestazione.

L'autorizzazione fornita dalla Compagnia ha ad oggetto l'erogazione della prestazione prevista in una specifica data in cui l'Assicurato abbia manifestato la propria disponibilità. Con riferimento all'individuazione della data, l'Assicurato può procedere in 2 modi, ossia:

1) l'Assicurato concorda con la Struttura e/o il medico del Network la data della prestazione prima di inoltrare la richiesta di autorizzazione alla Compagnia

L'Assicurato contatta la struttura e/o il medico scelti del Network e concorda la data della prestazione.

L'Assicurato successivamente chiede alla Compagnia -tramite App, area riservata o canale telefonico - l'autorizzazione all'erogazione della prestazione, (in caso di richiesta telefonica, gli operatori indicheranno all'Assicurato come inviare la documentazione) e indicando la Struttura e/o il medico scelti e la data fissata.

oppure

2) l'Assicurato inoltra la richiesta di autorizzazione alla Compagnia senza aver prima concordato la data della prestazione con la Struttura e/o il medico del Network

In questo caso l'Assicurato contatta la Compagnia - tramite App, area riservata o canale telefonico- indicando tre possibili alternative in cui la prestazione potrebbe essere effettuata. Se una delle tre date proposte dall'Assicurato per eseguire la prestazione è compatibile con la disponibilità in quel momento della Struttura, il sistema blocca automaticamente l'agenda della Struttura e l'Assicurato riceve da quest'ultima la conferma della prenotazione.

In caso contrario, la Struttura contatta direttamente l'Assicurato per definire con lui una data alternativa per eseguire la prestazione. L'Assicurato riceve dalla Struttura conferma della prenotazione.

Come chiedere l'autorizzazione

- con l'app mobile InSalute Servizi
- da area riservata accessibile dal sito di InSalute Servizi
- per telefono
 - **800 776 490** da telefono fisso/cellulare (numero verde) per chiamate dall'Italia
 - **011 5695389** per chiamate dall'estero.

Per ricevere assistenza

L'Assicurato può scrivere una mail a supporto.collettiveSP@insaluteservizi.com

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

Documenti da trasmettere

Non è necessario trasmettere alcun documento alla Centrale operativa.

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria e/o il medico convenzionati 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** e/o i medici **convenzionati** in grado di garantire **la prestazione**
- l'Assicurato conferma una delle strutture e/o dei medici convenzionati **e la prestazione da eseguire.**

Validità dell'autorizzazione

L'autorizzazione viene rilasciata per la prestazione richiesta da effettuarsi nella data concordata con l'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato ad effettuare la prestazione nella data concordata, dovrà contattare la Struttura e/o il medico scelti per concordare lo svolgimento della prestazione in un'altra data.

L'Assicurato chiederà, quindi la modifica dell'autorizzazione già rilasciata attraverso la Struttura e/o medico scelti o contattando la Centrale Operativa. Tale possibilità è subordinata al rispetto di tutte le seguenti condizioni:

- 1) la prestazione da svolgere, la Struttura e/o il medico presso i quali effettuarla siano gli stessi indicati nell'autorizzazione già rilasciata;
- 2) l'Assicurato abbia contattato la Centrale Operativa o la Struttura e/o medico prescelti per comunicare la nuova data concordata;
- 3) la data della nuova prestazione rientri nel periodo di validità dell'autorizzazione ricevuta.

L'autorizzazione ha validità di 90 giorni dalla data di rilascio della stessa. La durata di validità dell'autorizzazione può essere inferiore a 90 giorni dalla data di rilascio in presenza di limiti che intervengano prima dei 90 giorni per la cessazione della copertura.

Superato il termine di validità di 90 giorni, in presenza di copertura, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio di una nuova autorizzazione.

Esempio:

Rilascio dell'autorizzazione: 10/12/2023;
Autorizzazione valida fino al 31/12/2023, per un totale 21 giorni dal 10/12/2023.
Esempio:
Rilascio dell'autorizzazione: 10/08/2023;
Autorizzazione valida fino al 08/11/2023, per un totale 90 giorni dal 10/08/2023.

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

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 sono positivi, rilasci una nuova autorizzazione.

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.insaluteservizi.com alla sezione "Segnala struttura"

a) Centrale operativa non attivata

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

b) Dopo la prestazione

- La Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di Polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura

25.2.2 Per chiedere la Second opinion

Per richiedere la Second opinion, l'Assicurato (o, se impossibilitato, chi è stato delegato dall'Assicurato) deve contattare la Centrale operativa chiamando i numeri: dall'Italia: **800 776 490** dall'Estero: **011 5695389**. La Centrale Operativa è disponibile da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle 20.00 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30 e alla richiesta va allegata la documentazione medica intestata all'Assicurato.

La Centrale operativa, verificata la documentazione pervenuta, la invia al Centro medico convenzionato con il Network e specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.

Entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale operativa invia all'Assicurato la Second opinion scientifico-specialistica.

La Compagnia si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione del servizio.

25.3 Procedura di accesso alle prestazioni – Domanda di pagamento dell'indennizzo per grave malattia

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

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici.

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 comunicare la liquidazione del sinistro (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di indennizzo completa della documentazione giustificativa medica necessaria.

a) Richiesta di indennizzo cartacea

Per ottenere l'indennità non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di indennizzo** (www.insaluteservizi.com sezione Modulistica). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta di Indennizzo solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. La richiesta deve essere accompagnata da documentazione comprovante la prima diagnosi durante il periodo di copertura di una delle patologie previste dalla presente copertura assicurativa.

In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di indennizzo copia dei seguenti documenti:

- **certificato anamnestico e relativi referti**
- **dichiarazione del medico specialista** che attesti la patologia e la data della prima diagnosi
- **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.),** relativa alla patologia oggetto del Sinistro nel caso in cui abbia comportato ricovero

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 InSalute Servizi S.p.A. - Ufficio Liquidazioni
via San Francesco d'Assisi, 10
10122 Torino (TO)**

b) Richiesta di indennizzo on line

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

- dalla propria area riservata (<https://areariservata.insaluteservizi.com>)
- 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 l'indennizzo cartaceo.

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

Nel regime indennitario 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

CAPITOLO 4 – DISPOSIZIONI VARIE

Art. 26. Livelli minimi di servizio

La tabella riassume i livelli di servizio garantiti al Contraente:

ATTIVITÀ	TEMPI MASSIMI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ
AREA DI SERVIZIO RIMBORSI	
Messa in pagamento dell'indennizzo (cioè data conclusione della pratica e non di accredito)	30 giorni di calendario
AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA	
Messaggio benvenuto call center	entro 1 secondo
Tempo di risposta call center/centrale operativa	90% in 70 secondi
Tempo di risposta call center/centrale operativa mailing	48 h
Problem solving 1° livello assistenza	entro 6 h
Problem solving 2° livello assistenza	entro 12 h
Problem solving 3° livello assistenza	entro 24 h
Rilascio autorizzazione	entro 7 giorni di calendario dalla richiesta di autorizzazione completa
AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY	
Ricostruzione dati e procedure (sito remoto)	entro 48 h evento
Piena ripresa funzionalità	entro 72 h evento

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli⁷:

- Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario
- Art. 7 - Decorrenza dell'assicurazione – Tacito rinnovo – Diritto di recesso
- Art. 8 – Pagamento del premio - Anagrafica
- Art. 9 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio – Categorie assicurate
- Art. 17 - Foro competente
- Art. 23 - Esclusioni
- Art. 24 - Persone non assicurabili
- Art. 25 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.a

⁷ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.

Allegato 1: Scheda riassuntiva

Di seguito gli Indennizzi, i massimali e i regimi di erogazione delle garanzie a seconda delle diverse opzioni.

OPZIONE BASIC	
Garanzie	Importi, Massimali e Modalità di erogazione
Indennizzo per stati patologici	
Importo	10.000,00 euro a Evento
Second Opinion	
Massimale	1 volta l'anno entro 6 mesi dalla diagnosi
Regime di erogazione	Assistenza diretta
Visita di controllo	
Massimale	1 visita all'anno
Regime di erogazione	Assistenza diretta

OPZIONE MEDIUM	
Garanzie	Importi, Massimali e Modalità di erogazione
Indennizzo per stati patologici	
Massimale	20.000,00 euro a Evento
Second Opinion	
Massimale	1 volta l'anno entro 6 mesi dalla diagnosi
Regime di erogazione	Assistenza diretta
Visita di controllo	
Massimale	1 volta l'anno
Regime di erogazione	Assistenza diretta

OPZIONE TOP	
Garanzie	Importi, Massimali e Modalità di erogazione
Indenizzo per stati patologici	
Massimale	50.000,00 euro a Evento
Second Opinion	
Massimale	1 volta l'anno entro 6 mesi dalla diagnosi
Regime di erogazione	Assistenza diretta
Visita di controllo	
Massimale	1 volta l'anno
Regime di erogazione	Assistenza diretta

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”)

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 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" e/o l'accesso direttamente alla stessa tramite le App per dispositivi mobili. Tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite (anche tramite notifiche push, qualora attivate, potranno essere inviate informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, estratti conto dei sinistri).

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

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

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

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

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

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:

- Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri nonché la gestione della centrale operativa e, più in generale, fornitori incaricati all'esecuzione di attività strumentali;
- Società di mutuo soccorso;
- Agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione;
- Soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori
- 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 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, INPDAl, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

Le Società ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso o 4) incaricati da parte del Titolare come soggetti autorizzati al trattamento di tali dati.

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

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

1. Diritto di accesso

Lei potrà ottenere dalla Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati etc.

Qualora i Dati Personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, Lei ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate relative al trasferimento. Se richiesto, la Società Le potrà fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie la Società potrà addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalla Società in un formato elettronico di uso comune.

2. Diritto di rettifica

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

3. Diritto di cancellazione

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

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

4. Diritto di limitazione di trattamento

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

5. Diritto alla portabilità dei dati

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

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

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

6. Diritto di opposizione

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

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

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

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

SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

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

ⁱ Ultimo aggiornamento 3 novembre 2022



Allegato 3: Stati patologici preesistenti

CANCRO

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto in passato di

- Cancro
- Cirrosi epatica
- Malattie sistemiche
- Patologie delle plasmacellule
- Poliposi adenomatosa familiare (FAP)
- Poliposi del colon

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto negli ultimi 2 anni di

- Asbestosi
- Epatite B,C
- Infezione da Helicobacter Pylori
- Morbo di Chron

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato era stato sottoposto in passato a

- trapianto d'organo

INFARTO MIOCARDICO

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto in passato di

- Aneurisma intracranico o arteriopatia occlusiva;
- Aneurisma ventricolare
- Angina o altri sintomi di malattia cardiaca (ad es. respiro affannoso)
- Aterosclerosi
- Cardiomiopatie
- Fibrillazione atriale, complessi ventricolari prematuri (CVP)
- Fibrillazione ventricolare
- ictus (ischemico, trombotico, emorragico, lacunare, embolico)
- Infarto miocardico acuto
- Insufficienza cardiaca congestizia (NYHA III e NYHA IV):
- Insufficienza renale
- Ipertensione polmonare
- SCD familiare di causa incerta;
- sindrome del QT lungo congenita o acquisita
- Sindrome di Brugada
- Sindrome di Wolff-Parkinson-White;
- Stenosi aortica
- TIA
- Valvulopatia
- Vasculopatia periferica, malattia cerebrovascolare, renovascolare
- CAD (coronaropatia)



Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto negli ultimi 2 anni di

- Diabete di tipo I, II
- Dislipidemia
- Eccesso ponderale (BMI superiore a 31)
- Frazione di eiezione o pressione VS di fine diastole o score di movimento parietale anormale
- Ipertensione arteriosa primaria (essenziale) con valori pressori superiori a 140/90 mmHg nonostante il trattamento
- IVS (Ipertrofia Ventricolare Sinistra)
- Sindrome metabolica

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato era stato sottoposto in passato a

- Defibrillatore cardiaco (ICD) o terapia di resincronizzazione cardiaca (CRT)
- ECG a riposo effettuato negli ultimi 12 mesi, ECG da sforzo, ecocardiogramma da sforzo o tecniche diagnostiche di medicina nucleare con risultati fuori dalla norma
- angioplastica coronarica, bypass
- Trapianto d'organo

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva assunto negli ultimi 2 anni

- 2 o più statine o altri farmaci per la riduzione dei livelli dei lipidi, farmaci cardioprotettori (beta-bloccanti, ACE-inibitori o bloccanti del recettore per l'angiotensina), o farmaci antitrombotici (aspirina, warfarin o altri anticoagulanti, clopidogrel, dipiridamolo in aggiunta a aspirina, ticlopidina)

ICTUS

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto in passato di

- Aneurismi congeniti
- Aterosclerosi
- aterosclerosi nelle arterie intracraniche e extracraniche
- CADASIL (arteriopatia cerebrale autosomica dominante con infarto subcorticale e leucoencefalopatia)
- Cardiopatia congenita
- Cardiopatia coronarica, malattia vascolare periferica, malattia renovascolare o valvulopatia cardiaca
- Difetti o aneurismi del setto interatriale
- Fattore V Leiden, mutazione della protrombina G20210A, carenza di antitrombina / antitrombina III, carenza di proteina C, carenza di proteina S con anamnesi di tromboembolismo venoso o trombosi
- Fibrillazione atriale, complessi ventricolari prematuri (CVP)
- Ictus (ischemico, trombotico, emorragico, lacunare, embolico)
- Lupus anticoagulante / sindrome anti-fosfolipidi
- malformazioni artero-venose (AVM)
- Mutazioni di metilene-tetraidrofolato riduttasi (MTHFR) con anamnesi di trombosi
- TIA
- Valvulopatia

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto negli ultimi 2 anni di

- Iperomocisteinemia
- Ipertensione arteriosa primaria (essenziale) con valori pressori superiori a 140/90 mmHg nonostante il trattamento



- IVS (Ipertrofia Ventricolare Sinistra)

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato era stato sottoposto in passato a

- trapianto d'organo

COMA

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto in passato di

- Epilessia
- idrocefalo
- malattie cardio-cerebro vascolari
- Tumori endocranici

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto negli ultimi 2 anni di

- Diabete di tipo I, II
- Emorragia
- Insufficienza epatica
- Ipoglicemia
- Lesioni traumatiche alla testa
- Malattia da decompressione
- Preeclampsia ed eclampsia
- Trauma cranico

TRAPIANTO D'ORGANO

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto in passato di

- Cirrosi epatica
- Insufficienza Epatica
- Insufficienza multi-organo
- Insufficienza Renale
- Malattie cerebro-cardiovascolari

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto negli ultimi 2 anni di

- Ascenso epatico
- Diabete di tipo I, II
- Eccesso ponderale (BMI superiore a 31)
- Epatite B,C
- Infezione da cytomegalovirus

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato era stato sottoposto in passato a

- trapianto d'organo

INSUFFICIENZA EPATICA

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto in passato di

- Cirrosi epatica
- Encefalopatia epatica
- Insufficienza epatica
- Malattia di Wilson
- Tumori epatici



Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto negli ultimi 2 anni di

- Anemia emolitica
- Ascite
- Colangite biliare
- Diabete di tipo I, II
- Eccesso ponderale (BMI superiore a 31)
- Emocromatosi
- Epatite B,C
- Epatomegalia
- Ittero
- Steatosi

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato era stato sottoposto in passato a

- trapianto di fegato

INSUFFICIENZA RENALE

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto in passato di

- CAD (coronaropatia)
- Glomerulonefrite
- Insufficienza renale
- Malattia renale policistica
- Malattie vascolari del collagene
- Patologie nefrovascolari
- Patologie tubulo-interstiziali

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva sofferto negli ultimi 2 anni di

- Diabete di tipo I, II
- Edema periferico
- Ematuria
- Ipercreatinemia
- Ipertensione arteriosa primaria (essenziale) con valori pressori superiori a 140/90 mmHg nonostante il trattamento
- Nefropatia da analgesici
- Poliuria
- Proteinuria
- Versamento pericardico

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato era stato sottoposto in passato a

- angioplastica coronarica, bypass
- Trapianto d'organo

Alla data di attivazione della copertura l'Assicurato aveva assunto negli ultimi 2 anni

- farmaci nefrotossici in modo continuativo

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@intesasnpaolorbmsalute.com
comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.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).