INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese mediche da malattia e da infortunio

SaluteCompleta 5*®
PROTEZIONE della Tua Salute a 5 stelle

Patto Chiaro Salute - Polizza verificata da Adiconsum

MODELLO FI0055
Edizione 03/2021

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione

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.intesasanpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 160.000.000 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

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 44:

- SEZIONE I
  - Glossario *da pag. 1*
  - Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 5*
  - Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 7*
- SEZIONE II
  - Capitolo 1- Schede riassuntive - *da pag. 11*
  - Capitolo 2 - Descrizione delle Prestazioni Assicurate - *da pag. 17*
  - Capitolo 3 – Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione - *da pag. 31*
  - Capitolo 4 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 33*
  - Capitolo 5 - Livelli di servizio e penali – *da pag 39*
- SEZIONE III
  - Capitolo 1 – COMFORT SALUTE® **-** *da pag 42*
- ALLEGATI
  1. Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (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 Assistito, contenute del presente contratto, sono riportate in carattere "sottolineato e grassetto".

Sezione I

GLOSSARIO

Assicurato: colui il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assicurato entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da professionista sanitario fornito di specifica qualifica (diploma di infermiere). Sono esclusi tutti coloro che non siano in possesso di tale qualifica.

Carenza/Termini di aspettativa: il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.

Cartella Clinica: documento (o insieme di documenti) ufficiale compilato durante il ricovero, contenente i dati del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima (storia sanitaria del paziente), terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La cartella clinica ha natura di atto pubblico.

CDA: condizioni di assicurazione.

Centrale Operativa: è la struttura di Previmedical che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni alla stessa attribuite dalla polizza. Previmedical – Servizi per Sanità Integrativa S.p.A. eroga servizi amministrativi e liquidativi ai clienti della Società; Previmedical ha sede in Italia, via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso.

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

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi del Contraente, i soggetti assicurati, ecc).

Chirurgia Bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: colui che stipula la polizza e che è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital/Day Surgery: La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura/struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite dai medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere -** il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni Extraospedaliere -** tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata, relativa allo specifico evento.
- **Prestazioni Odontoiatriche –** la prestazione. La data evento è quella in cui è eseguita la prestazione relativa allo specifico evento.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Intervento Chirurgico: atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. **Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.**

Intervento Chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.
Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

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

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

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie.

Medicina Alternativa o Complementare: le 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.

Network: rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e a tariffa agevolata mediante l'utilizzo della Card Intesa Sanpaolo RBM Salute. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com.

Non autosufficienza: l'incapacità totale, permanente e irreversibile di svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana correlate alla mobilità, all'alimentazione e all'igiene personale.

Patologia in atto/patologia preesistente: malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni miste: prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate con il Network, ma da professionisti non convenzionati.

Protesi acustica (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Società 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.

Regime di assistenza diretta: l'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, al netto di eventuali somme che rimangano a suo carico, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

Regime misto: l'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, ad Istituti di cura convenzionati appartenenti al Nertwork ricevendo prestazioni mediche eseguite da medici non convenzionati.

Regime rimborsuale: il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

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

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Sport/Gare Professionistico/Professionistiche: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

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

Struttura Convenzionata con Intesa Sanpaolo RBM Salute: struttura ed equipe medica aderenti al Network.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA (Condizioni Generali di Assicurazione) fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie.
Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Supporto durevole: qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse, e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa_tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, **effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.**
Non rientrano nella definizione, e pertanto sono in ogni caso escluse dalla copertura assicurativa, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. **Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).**

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

a) Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/20071.
b) Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com
c) Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com
d) PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2019[2]

Patrimonio netto: € 306.026.694,00
di cui
- capitale sociale: € 160.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali: € 100.873.413,00

Indice di solvibilità[3]: 175% (185% al netto dell'add on di capitale)

Art. 3. Periodi di carenza contrattuali

La polizza prevede periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attiva la copertura assicurativa e pertanto non possono essere rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute (vedi art. 21 delle CDA)
Per periodo di carenza si intende il periodo di tempo in cui, pur essendo stata attivata la copertura assicurativa, non è riconosciuto alcun indennizzo.
Le condizioni di assicurazione riportano i periodi di carenza, differenziati per tipologia di evento; pertanto, a seconda delle prestazioni eseguite, il periodo di carenza potrà avere diversa durata.
Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), di altra polizza, stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:
- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.
Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.
In caso di mancato pagamento di una rata di premio, saranno applicati nuovamente i termini di carenza previsti in polizza nel paragrafo "Carenza" delle varie garanzie.

Art. 4. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati, pertanto non vi è un adeguamento automatico degli importi rispetto ad indici di riferimento, come ad esempio quello ISTAT.

Art. 5. Diritto di recesso - ripensamento

Avvertenza: la facoltà di recesso da parte del Contraente è preclusa.
Avvertenza: Il Contraente nel caso di conclusione del contratto a distanza ha la facoltà di esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla sottoscrizione del contratto, secondo quanto previsto dall'art. 67 duodecies del Codice del Consumo. Il diritto di ripensamento dovrà essere esercitato tramite invio di raccomandata a/r da spedire a: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. - Sede Legale - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE).

---

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

[2] I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

[3] L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

Qualora il Contraente eserciti il diritto di ripensamento, la Società provvederà alla restituzione del premio versato al netto di ogni imposta applicabile, degli oneri fiscali e parafiscali e della parte di premio per la quale la copertura ha avuto effetto in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia.

Art. 6. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto
Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 7. Reclami
7.1 Come fare reclamo
I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute a scelta:

- compilando il form on line (https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html),
- per posta ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami – Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
- per fax: 0110932609
- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com
- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi.

Liti transfrontaliere
Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

7.2 Risposte al reclamo
Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.
Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
  fax: 06.42133206
  pec: ivass@pec.ivass.it
  informazioni su www.ivass.it

- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria[4] per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia

- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato **durante l'operatività del presente contratto** e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio.
Tali spese sono rimborsate fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nei singoli livelli di protezione (vedi Sezione II Capitolo 1 "Scheda riassuntiva" e "Descrizione delle prestazioni assicurate").

Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario Sanitario

Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono informazioni non complete e/o false che possono influenzare la valutazione del rischio, possono perdere o vedersi limitato il diritto all'indennizzo, nonché determinare la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.
Avvertenza: Se il Contraente e/o l'Assicurato non forniscono le informazioni adeguate, il contratto potrebbe non essere adeguato alle loro esigenze.
L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, in caso di trasferimento della residenza si può verificare un aggravamento del rischio che va comunicato.

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli Assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.
Lo stesso vale anche nel caso in cui il medesimo rischio sia coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse e Fondi integrativi sanitari.
È fatto salvo il diritto di regresso della Società e, quindi, la facoltà della Società di recuperare l'eventuale somma versata a titolo di pagamento del danno.
Per diritto di regresso si intende che la Società può chiedere la restituzione di quanto pagato a copertura del danno.

Art. 11. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

Il contratto di assicurazione ha una durata di 1, 3 o 5 anni a partire dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data di sottoscrizione salvo buon fine (SBF) dell'incasso del premio o della prima rata di premio; **si precisa che il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di uno o più professionisti o degli Istituti convenzionati con il Network non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).**

Se il Contraente non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, **ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto**, ai sensi dell'art. 1901

[4] D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

del Codice Civile. **In questo caso il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie non è riconosciuto dalla Società fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).**
Trascorso il termine di cui sopra, la Società **ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del certificato, fermo il diritto ai premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.**
In caso di pagamento dei premi successivo al 15° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa previsti nel paragrafo "Carenza" delle varie garanzie.
Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.
Il premio viene determinato in base a una o più delle seguenti variabili:
- estensione della copertura ad altri Assicurati;
- età dell'Assicurato;
- residenza dell'Assicurato;
- durata del contratto di assicurazione.

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società mediante una delle seguenti modalità di pagamento:
a) carta di credito;
b) addebito automatico sul conto corrente del Contraente (modalità SDD).

I predetti metodi di pagamento garantiscono i più elevati standard di protezione per un acquisto sicuro.
Il premio dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato come riportato sul certificato di polizza, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il premio dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.
In ipotesi di modifica in corso di contratto del conto corrente bancario o degli estremi della carta di credito indicati ai fini del pagamento del premio, il Contraente ne deve dare tempestiva comunicazione alla Società, e comunque prima del termine previsto per l'addebito della successiva rata di premio. La modalità e la frequenza di pagamento del premio possono essere modificate in corso di contratto, comunicandolo alla Società 60 giorni prima dell'inizio della successiva annualità assicurativa e con effetto a partire da quest'ultima.

È data facoltà di estendere la copertura ad altri Assicurati esclusivamente in sede di sottoscrizione della polizza e a condizione che sia acquistato lo stesso livello di protezione del titolare.
L'inclusione di altri Assicurati in un momento successivo alla decorrenza della polizza non è consentita, ad eccezione dei neonati, per i quali il Contraente può chiedere online l'inserimento in copertura entro il termine massimo di 30 (trenta) giorni dalla nascita.
Il premio dovuto è ricalcolato, per effetto dell'ingresso in copertura del neonato, secondo le condizioni di emissione; la quota di premio aggiuntiva viene addebitata, per il residuo di annualità in corso, in un'unica soluzione, anche nel caso in cui fosse stata prescelta la rateazione del premio. In caso di rinnovo tacito, a decorrere dalla successiva annualità assicurativa il premio ricalcolato in ragione dell'ingresso in copertura del neonato verrà addebitato secondo la periodicità di rateazione già prescelta dal Contraente oppure in base a diversa periodicità indicata dal Contraente con riferimento alla nuova annualità.

Relativamente ai contratti di durata poliennale (tre o cinque anni), si segnala che, conformemente a quanto previsto dell'art. 1899, comma 2, del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21, comma 3, della L. 23 luglio 2009, n. 99, la Società, al momento della determinazione del premio, ha praticato le seguenti riduzioni medie rispetto al premio applicato in caso di durata annuale del contratto:
- riduzione media del 1,61% in caso di durata di 3 anni;
- riduzione media del 3,28% in caso di durata di 5 anni

In caso di decesso dell'Assicurato si applicano le seguenti previsioni:
- in caso di decesso del Contraente che è anche unico Assicurato, il contratto si estingue ed il premio già versato alla Società rimane acquisito dalla stessa;
- in caso di decesso di un Assicurato che non sia Contraente:
    - se l'Assicurato è uno solo, il contratto si estingue ed il premio già versato alla Società rimane acquisito dalla stessa; nel caso in cui dovessero essere ancora versate delle ulteriori

rate di premio per l'annualità assicurativa in corso, il Contraente rimane obbligato al pagamento delle stesse nei confronti della Società;

- se vi sono più Assicurati, la copertura assicurativa prosegue per gli Assicurati superstiti. Per l'annualità in corso, il premio già versato rimane acquisito dalla Società; nel caso dovessero essere versate delle ulteriori rate di premio, il Contraente rimane obbligato al pagamento delle stesse nei confronti della Società, come da premio determinato in fase di emissione (comprensivo pertanto dell'Assicurato defunto), fino al termine dell'annualità assicurativa. In caso di tacito rinnovo della polizza, il premio dovuto dal Contraente per l'annualità successiva viene rideterminato alle condizioni di emissione ma in base al nuovo numero di Assicurati;

- in caso di decesso del Contraente che non sia Assicurato o che non sia l'unico Assicurato:
  - qualora il Contraente avesse già pagato l'intero premio annuo, la copertura assicurativa rimane attiva per gli Assicurati superstiti sino alla termine dell'annualità assicurativa in corso, al termine della quale il contratto si estingue, senza possibilità di rinnovo;
  - qualora il Contraente avesse selezionato la rateazione del premio, la copertura assicurativa cessa al termine del periodo temporale per il quale era stata pagata l'ultima rata di premio e non sono dovute le rate di premio ulteriori. In tale caso, i massimali annui si intendono ridotti in modo proporzionale all'effettivo periodo temporale di copertura, al termine del quale il contratto si estingue, senza possibilità di rinnovo.

Art. 12. Tacito rinnovo

In mancanza di disdetta, **che deve essere comunicata mediante lettera raccomandata alla Società almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della polizza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente,** tranne che nel caso di contratti di durata poliennale (tre o cinque anni) per i quali l'assicurazione è prorogata per due anni e così successivamente.

In ogni caso, ove uno degli Assicurati raggiunga gli 80 anni di età la polizza terminerà alla scadenza successiva, senza necessità di invio della disdetta.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento**, ferme le successive scadenze**, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

In caso di pagamento dei premi successivo al 15° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa previsti dal paragrafo "Carenza" delle successive garanzie.

Art. 13. Estensione territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero, con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto in Euro.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE (Banca Centrale Europea).

Art. 14. Forma e modalità delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni inerenti il presente contratto dovranno avvenire in lingua italiana.

Il Contraente e la Società accettano di utilizzare tecniche di comunicazione a distanza per adempiere ai reciproci obblighi relativi alla comunicazione e consegna della documentazione precontrattuale e contrattuale nonché alla trasmissione di ogni altra comunicazione relativa al contratto.

Il Contraente può sempre richiedere, senza oneri aggiuntivi, di ricevere documenti e comunicazioni in formato cartaceo.

Art. 15. Obblighi di consegna documentale

Prima di stipulare l'assicurazione, è previsto l'obbligo di consegnare al Contraente i seguenti documenti:

a) Dip;
b) Dip aggiuntivo;
c) Condizioni di assicurazione;
d) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali).

Art. 16. Operazioni societarie straordinarie
Nei casi di:
- modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale,
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso,

la Società, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione, renderà al Contraente e/o all'Assicurato un'informativa di dettaglio.

Art. 17. Regime fiscale
Il premi sono sottoposti a tassa del 2,50%.
Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.
Le imposte e gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli accessori della polizza e degli atti da essa dipendenti sono a carico del Contraente.

Art. 18. Assicurazione per conto altrui
Gli obblighi della polizza devono essere sostenuti dal Contraente anche quando questo stipuli il contratto per conto di altri, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 19. Foro competente
Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

Art. 20. Controversie: mediazione
Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse, comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione, le Parti **devono esperire obbligatoriamente un tentativo di mediazione**, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa.
Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Contraente dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.
Il Contraente dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. - Sede Legale - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE) oppure via telefax al numero 0110932609, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com .

Avvertenza: qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 21. 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 di Legge vigenti in Italia.

Sezione II

CAPITOLO 1 - SCHEDE RIASSUNTIVE

Art. 22. Scheda riassuntiva

Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie che verranno concordate per le singole Protezioni

N.B.: Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Persona e gli scoperti/franchigie per evento.

PROTEZIONE BASE

Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B-C-D)	
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico	
Massimale	€ 250.000
Condizioni:	previsto caso misto
in Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	previsto al 100%
in Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 15%
Forma Mista	per le spese in convenzione diretta (struttura sanitaria) e le spese non in convenzione diretta (equipe medica) valgono le condizioni sopra descritte per il Pagamento diretto e il Rimborso
Pre/post	90/90 giorni
Sub-massimali:	
Parto Fisiologico	€ 2.500
Parto Cesareo/Aborto	€ 5.000
Limite retta di degenza In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	€ 300 al giorno
Materiale intervento	Scoperto 30%
Accompagnatore	€ 80 al giorno - max 50 giorni
Trasporto dell'Assistito	€ 3.000
B) Indennità Sostitutiva RICOVERO	€ 150 al giorno - max 300 giorni
Indennità sostitutiva DH	50% indennità ricovero
Pre/post	90/90 giorni
Ticket	previsti al 100%
C) Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite	entro 2 mesi dalla nascita
D) Medicina Estetica	
Massimale	€ 2.500
Condizioni	
in Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 350 per evento
in Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	Scoperto 25% minimo € 1.000
Pre/post	30/30 giorni

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (E-F-G-H)	
E) Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard	
Massimale	€ 4.000
Condizioni	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	scoperto 20% minimo € 50
In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 20% minimo € 50
Ticket	previsti al 100%
F) Visite Specialistiche/Accertamenti	
Massimale	€ 3.000
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	scoperto 20% minimo € 50
In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 20% minimo € 50
- assistenza infermieristica domiciliare	€ 35 al giorno - max 15 giorni
Ticket	previsti al 100%
G) Medicinali	
a) Farmaci generici	
Massimale	€ 250
Condizioni	scoperto 25%
b) Ticket (per farmaci dispensati dal S.S.N.)	
Massimale	€ 250
Condizioni	rimborso 75% quota a carico assistito
H) Lenti/Occhiali	
Massimale	€ 300
Condizioni	franchigia € 30
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (I)	
I) Trattamenti fisioterapici/riabilitativi e agopuntura	
Massimale condiviso con F	€ 3.000
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	scoperto 20% minimo € 50
In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 20% minimo € 50
Ticket	previsti al 100%
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (J)	
J) Odontoiatriche	
a) Prestazioni di Implantologia	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
In Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	franchigia € 800 per impianto
b) Avulsione (estrazione denti)	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 35 estrazione semplice
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 120 estrazione complessa
c) Altre cure odontoiatriche Conservativa, Chirurgia, Protesica, Ortognatodonzia, Igiene orale e Parodontologia, Diagnostica	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia differenziata per ciascuna prestazione
d) Prevenzione odontoiatrica Visita Specialistica Odontoiatrica e Ablazione Tartaro	
Massimale	1 volta all'anno
Condizioni	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	al 100%
e) Emergenza odontoiatrica	
Massimale	1 volta anno/persona
Condizioni	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	al 100%

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

PROTEZIONE ALTA

Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B-C-D)	
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico	
Massimale	€ 350.000
Condizioni:	previsto caso misto
in Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	previsto al 100%
in Struttura non convenzionata (Rimborso)	scoperto 15%
Forma Mista	per le spese in convenzione diretta (struttura sanitaria) e le spese non in convenzione diretta (equipe medica) valgono le condizioni sopra descritte per il Pagamento diretto e il Rimborso
Pre/post	100/100 giorni
Sub-massimali:	
Parto Fisiologico	€ 3.000
Parto Cesareo/Aborto	€ 6.000
Limite retta di degenza In Struttura non convenzionata (Rimborso)	€ 300 al giorno
Materiale intervento	Scoperto 30%
Accompagnatore	€ 100 al giorno - max 50 giorni
Trasporto dell'Assistito	€ 3.500
B) Indennità Sostitutiva RICOVERO	€ 200 al giorno - max 300 giorni
Indennità sostitutiva DH	50% indennità ricovero
Pre/post	100/100 giorni
Ticket	previsti al 100%
C) Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite	entro 2 mesi dalla nascita
D) Medicina Estetica	
Massimale	€ 3.500
Condizioni	
in Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	franchigia € 350 per evento
in Struttura non convenzionata (Rimborso)	Scoperto 25% minimo € 1.000
Pre/post	30/45 giorni
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (E-F-G-H)	
E) Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard	
Massimale	€ 5.000
Condizioni	
In Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	scoperto 20% minimo € 50
In Struttura non convenzionata (Rimborso)	scoperto 20% minimo € 50

Ticket	previsti al 100%
F) Visite Specialistiche/Accertamenti	
Massimale	€ 4.000
Condizioni:	
In Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	scoperto 20% minimo € 50
In Struttura non convenzionata (Rimborso)	scoperto 20% minimo € 50
- assistenza infermieristica domiciliare	€ 35 al giorno - max 15 giorni
Ticket	previsti al 100%
G) Medicinali	
a) Farmaci generici	
Massimale	€ 350
Condizioni	scoperto 25%
b) Ticket (per farmaci dispensati dal S.S.N.)	
Massimale	€ 350
Condizioni	rimborso 75% quota a carico assistito
H) Lenti/Occhiali	
Massimale	€ 400
Condizioni	franchigia € 30
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (I)	
I) Trattamenti fisioterapici/riabilitativi e agopuntura	
Massimale condiviso con § F	€ 4.000
Condizioni:	
In Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	scoperto 20% minimo € 50
In Struttura non convenzionata (Rimborso)	scoperto 20% minimo € 50
Ticket	previsti al 100%
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (J)	
J) Odontoiatriche	
a) Prestazioni di Implantologia	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
In Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	franchigia € 800 per impianto
b) Avulsione (estrazione denti)	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
In Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	franchigia € 35 estrazione semplice
In Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	franchigia € 120 estrazione complessa
c) Altre cure odontoiatriche Conservativa, Chirurgia, Protesica, Ortognatodonzia, Igiene orale e Parodontologia, Diagnostica	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
In Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	franchigia differenziata per ciascuna prestazione
d) Prevenzione odontoiatrica Visita Specialistica Odontoiatrica e Ablazione Tartaro	
Massimale	1 volta all'anno
Condizioni	
In Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	al 100%
e) Emergenza odontoiatrica	
Massimale	1 volta anno/persona
Condizioni	
In Struttura convenzionata (Pagamento diretto)	al 100%

PROTEZIONE TOTALE

Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B-C-D)	
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico	
Massimale	€ 800.000
Condizioni:	previsto caso misto
in Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	previsto al 100%
in Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 15%
Forma Mista	per le spese in convenzione diretta (struttura sanitaria) e le spese non in convenzione diretta (equipe medica) valgono le condizioni sopra descritte per il Pagamento diretto e il Rimborso
Pre/post	120/120 giorni
Sub-massimali:	
Parto Fisiologico	€ 4.000
Parto Cesareo/Aborto	€ 8.000
Limite retta di degenza In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	€ 300 al giorno
Materiale intervento	Scoperto 30%
Accompagnatore	€ 150 al giorno - max 50 giorni
Trasporto dell'Assistito	€ 4.500
B) Indennità Sostitutiva	€ 250 al giorno – max 300 giorni
Indennità sostitutiva DH	50% indennità ricovero
Pre/post	120/120 giorni
Ticket	previsti al 100%
C) Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite	entro 2 mesi dalla nascita
D) Medicina Estetica	
Massimale	€ 5.000
Condizioni	
in Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 350 per evento
in Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	Scoperto 25% minimo € 1.000
Pre/post	30/60 giorni
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (E-F-G-H)	
E) Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard	
Massimale	€ 6.000
Condizioni	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	scoperto 20% minimo € 50

In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso) Ticket	scoperto 20% minimo € 50 previsti al 100%
F) Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso) - assistenza infermieristica domiciliare Ticket	 € 5.000 scoperto 10% minimo € 50 scoperto 20% minimo € 50 € 35 al giorno - max 15 giorni previsti al 100%
G) Medicinali **a) Farmaci generici** Massimale Condizioni **b) Ticket (per farmaci dispensati dal S.S.N.)** Massimale Condizioni	 € 500 scoperto 25% € 500 rimborso 75% quota a carico assistito
H) Lenti/Occhiali Massimale Condizioni	 € 500 franchigia € 30
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (I)	
I) Trattamenti fisioterapici/riabilitativi e agopuntura Massimale condiviso con F Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso) Ticket	 € 5.000 scoperto 10% minimo € 50 scoperto 20% minimo € 50 previsti al 100%
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (J)	
J) Odontoiatriche ***a) Prestazioni di Implantologia*** Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) ***b) Avulsione (estrazione denti)*** Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) **c) Altre cure odontoiatriche Conservativa, Chirurgia, Protesica, Ortognatodonzia, Igiene orale e Parodontologia, Diagnostica** Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) ***d) Prevenzione odontoiatrica Visita Specialistica Odontoiatrica e Ablazione Tartaro*** Massimale Condizioni In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) ***e) Emergenza odontoiatrica*** Massimale Condizioni In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	 illimitato franchigia € 800 per impianto illimitato franchigia € 35 estrazione semplice franchigia € 120 estrazione complessa illimitato franchigia differenziata per ciascuna prestazione 1 volta all'anno al 100% 1 volta anno/persona al 100%

CAPITOLO 2 - DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 23. Descrizione delle prestazioni assicurate
La Società assicura il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato **durante l'operatività del presente contratto** e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio.
Tali spese sono rimborsate fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nei singoli livelli di protezione (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva").
Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), di altra polizza, stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di aspettativa delle singole garanzie operano:
- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTI AMBULATORIALI, PARTO FISIOLOGICO, PARTO CESAREO/ABORTO TERAPEUTICO

La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per ricoveri resi necessari da malattia o da infortunio; interventi chirurgici, anche ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio; parto o aborto (escluso l'aborto volontario) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti, entro i limiti massimi previsti dal livello di Protezione prescelto.

Prima del ricovero
gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero
- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di **uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo;**
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, **con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente**;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero
gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

Trapianti
In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assicurato quale ricevente dell'organo trapiantato.
Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.

Degenza in regime di Day Hospital
In caso di Day Hospital la Società provvede al rimborso delle seguenti spese: accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, l'assistenza medica, le rette di degenza, le cure, i medicinali durante la sola degenza. **Sono tuttavia esclusi i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.**
Nel caso in cui vi sia intervento chirurgico, sono compresi anche gli accertamenti diagnostici e gli onorari medici sostenuti nei giorni precedenti e successivi alla degenza stessa.

Rette di degenza dell'Accompagnatore
Il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera**, ove non sussista disponibilità ospedaliera**, per un accompagnatore dell'Assicurato, **debitamente documentate (fatture, notule, ricevute), nel limite massimo giornaliero e per un massimo di giorni per evento in relazione al livello di Protezione prescelto.**

Parto Fisiologico, Cesareo ed Aborto
Le spese **entro i relativi sub-massimali secondo il livello di Protezione prescelto.**
Sono altresì rimborsate le spese relative al neonato (nido, ecc.), **fermo quanto previsto alla lettera C "Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite".**
Con riferimento al parto cesareo, le spese per eventuali interventi concomitanti in sede addomino-pelvica o della parete addominale (ad esempio, appendicectomia, asportazione di cisti ovarica, ernie, ecc.) **sono rimborsabili nell'ambito del sub-massimale specifico per il parto cesareo.**

Trasporto sanitario
Il trasporto dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.
Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

La presente garanzia è prestata con un massimale per evento in relazione al livello di Protezione prescelto.

* * *

Relativamente alle garanzie sopra descritte, si precisa inoltre quanto segue:

- **le spese relative ad un Ricovero Improprio, non potranno essere riconosciute nella garanzia ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extraospedaliere qualora previste e indennizzabili a termini di polizza;**

- **tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:**
  - **a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria** (ad esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) **ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, ove previsto;**
  - **b) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (**ad esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) **sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.**

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero, la Società corrisponde un'indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi. L'importo dell'indennità giornaliera è indicato **secondo il livello di Protezione prescelto**. **In caso di Day Hospital l'importo è ridotto al 50%.**
Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero con pernottamento, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

In aggiunta all'indennità sostitutiva, la Società rimborsa anche le spese **con gli stessi limiti e alle stesse condizioni descritte ai paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero in base al livello di Protezione prescelto. In caso di Day Hospital vale quanto previsto dal paragrafo "Degenza in regime di day-hospital".**

C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE

L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti **purché risultino assicurati entrambi i genitori e a condizione che il parto sia avvenuto trascorsi 300 giorni dalla data di effetto della polizza. L'Assicurazione si intende prestata entro i primi 2 mesi dalla nascita.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO
Carenza
E' prevista una carenza:
- **di 30 giorni per i ricoveri di cui alla precedente lettera A) "Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto terapeutico";**

- **per i casi di parto e patologie del puerperio e per i ricoveri di alla precedente lettera C) "Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite", fino al 271° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.**

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia **entro i massimali e sub-massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").**

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di franchigie e/o scoperti per la seguente garanzia **in base al livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito SSN, i ticket sono rimborsati al 100%.

Esempio livello di protezione base:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 250.000,00
Costo dell'intervento di Colecistectomia € 14.298,00
Nessuno scoperto
Prestazione autorizzata € 14.298,00
Regime rimborsuale
Massimale € 250.000,00
Richiesta di rimborso per intervento di Colecistectomia € 14.298,00
Scoperto 15%
Indennizzo € 12.153,30

D) MEDICINA ESTETICA

La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche di seguito elencati.

Prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro 30 giorni precedenti l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati entro i giorni successivi all'intervento chirurgico, in relazione al livello di Protezione prescelto (vedi Scheda riassuntiva) e purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Prestazione
MEDICINA ESTETICA
Teleangectasie

Asportazione xantelasma
Adiposità localizzate
Blefaroplastica (2 palpebre)
Blefaroplastica (4 palpebre)
Capezzolo introflesso
Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm
Cicatrici da acne
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm
Dermoabrasione
Innesto dermoepidermico
Ricostruzione lobi auricolari
Otoplastica <Orecchie ventola>
Revisione di cicatrice

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Scheda riassuntiva).

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con la Società

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 350 per evento**.**

In Strutture non Convenzionate con la Società

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000 per evento.

Esempio livello di protezione base:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 2.500,00
Costo dell'intervento di Blefaroplastica (2 palpebre) € 5.600,00
Franchigia Fissa € 350,00
Prestazione autorizzata € 2.850,00 di cui € 2.500,00 a carico della Società e € 350,00 a carico dell'Assicurato
Regime rimborsuale
Massimale € 2.500,00
Richiesta di rimborso per intervento di Blefaroplastica (2 palpebre) € 5.600,00
Scoperto 25% minimo € 1.000,00
Indennizzo € 2.500,00 (perché anche dopo l'applicazione dello scoperto del 25% del danno l'importo pari ad € 4.200 è superiore al massimale previsto per la garanzia)

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

E) ALTA DIAGNOSTICA E DIAGNOSTICA STRUMENTALE STANDARD

La Società rimborsa le spese per le seguenti prestazioni extraospedaliere:

Alta diagnostica

- diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- RMN
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- medicina nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- coronarografia
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.)
- elettrocardiogramma sotto sforzo
- ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- esami endoscopici anche se comprendenti biopsia
- esami Istologici
- amniocentesi e villocentesi **(esclusivamente in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età)**

Diagnostica strumentale standard

- diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- elettrocardiografia, ECG Holter, monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- elettroencefalografia
- elettromiografia
- uroflussometria
- MOC (densitometria ossea)

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia **entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").**

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all' Assicurato **vengono liquidate lasciando a carico dell'Assicurato gli scoperti e le franchigie previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito SSN, i ticket sono rimborsati al 100%.

Esempio livello di protezione base:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 4.000,00
Costo per Ecografia addome completo € 120,00
Scoperto 20% minimo € 50,00
Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 70,00 a carico della Società e € 50,00 a carico dell'Assicurato perché perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile
Regime rimborsuale
Massimale € 4.000,00
Richiesta di rimborso per Ecografia addome completo € 120,00
Scoperto 20% minimo € 50,00
Indennizzo € 70,00 (€ 120,00 - € 50,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

F) VISITE SPECIALISTICHE/ACCERTAMENTI

La Società provvede al pagamento delle seguenti spese conseguenti a malattia o a infortunio:

- visite specialistiche **con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche e delle prestazioni elencate alla precedente lettera D) "Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard"**;
- accertamenti diagnostici
- assistenza infermieristica domiciliare prescritta da medico **con il limite di € 35 al giorno per un massimo di 15 giorni per anno e per polizza.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia **entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").**

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all' Assicurato **vengono liquidate lasciando a carico dell'Assicurato gli scoperti e le franchigie previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").**

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito SSN, i ticket sono rimborsati al 100%.

Esempio livello di protezione totale:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 5.000,00
Costo della Visita Ortopedica € 150,00
Scoperto 10% minimo € 50,00
Prestazione autorizzata € 150,00 di cui € 100,00 a carico della Società e € 50,00 a carico dell'Assicurato (perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)
Regime rimborsuale
Massimale € 5.000,00
Richiesta di rimborso per Visita Ortopedica € 150,00
Scoperto 20% minimo € 50,00
Indennizzo € 100,00 (€ 150,00 - € 50,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

G) MEDICINALI

a) FARMACI GENERICI

La garanzia prevede il rimborso delle spese per l'acquisto di medicinali "equivalenti" (o generici), ossia che contengono la stessa quantità di principio attivo e presentano la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto, che siano compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie, (intendendosi pertanto esclusi i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini

della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Scheda riassuntiva).

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con la Società

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla spesa sostenuta.

Esempio livello di protezione base:
Regime rimborsuale
Massimale € 250,00
Richiesta di rimborso € 100,00
Scoperto 25%
Indennizzo € 75,00

b) COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER L'ACQUISTO DI MEDICINALI (TICKET)

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'Assicurato per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.
L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Scheda riassuntiva).

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con la Società

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

H) LENTI/OCCHIALI

La garanzia opera nel caso di acquisto di lenti per occhiali, montature, lenti a contatto (escluse le "usa e getta"), a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO
Carenza
E' prevista una carenza di 90 giorni.

Massimale
La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia **entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").**

Franchigia/Scoperto
Le spese per le prestazioni erogate all' Assicurato **vengono liquidate lasciando a carico dell'Assicurato gli scoperti e le franchigie previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").**

Esempio livello di protezione totale:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 300,00
Costo delle Lenti progressive € 400,00
Franchigia € 30,00
Prestazione autorizzata € 330,00 di cui € 300,00 a carico della Società e € 30,00 a carico dell'Assicurato
Regime rimborsuale
Massimale € 300,00
Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00
Franchigia € 30,00
Indennizzo € 300,00 (perché anche dopo l'applicazione della franchigia di € 30,00 l'importo pari ad € 370,00 è superiore al massimale previsto per la garanzia)

PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

I) TRATTAMENTI FISIOTERAPICI/RIABILITATIVI E AGOPUNTURA

La Società provvede al pagamento delle seguenti spese conseguenti a malattia o a infortunio:
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi **solo se praticati presso Centri Medici;**
- noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- **agopuntura purché praticata da medico.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO
Carenza
E' prevista una carenza di 90 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale
La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia **entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto condivisi con la garanzia F. VISITE SPECIALISTICHE/ACCERTAMENTI (vedi "Scheda riassuntiva").**

Franchigia/Scoperto
Le spese per le prestazioni erogate all' Assicurato **vengono liquidate lasciando a carico dell'Assicurato gli scoperti e le franchigie previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").**
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, di seguito SSN, i ticket sono rimborsati al 100%.

Esempio livello di protezione totale:
Regime di assistenza diretta
Massimale **condiviso con § F** € 5.000,00
Costo della prestazione di agopuntura (3 prestazioni, unica prescrizione) € 294,00
Scoperto 10% minimo € 50,00
Prestazione autorizzata € 294,00 di cui € 244,00 a carico della Società e € 50,00 a carico dell'Assicurato (perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)
Regime rimborsuale
Massimale **condiviso con § F** € 5.000,00
Richiesta di rimborso per 3 prestazioni di Agopuntura (unica prescrizione) € 294,00
Scoperto 20% minimo € 50,00
Indennizzo € 235,20 (€ 294,00 - € 58,80 pari al 20% del danno)

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

J) ODONTOIATRICHE IN STRUTTURA CONVENZIONATA CON LA SOCIETÀ (PAGAMENTO DIRETTO)

a) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, senza alcuna limitazione dell'entità della liquidazione anche nel caso di effettuazione di più impianti da parte dell'Assicurato.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato**.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assicurati.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

Le spese per le prestazioni erogate all' Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in struttura convenzionata con la Società (pagamento diretto), lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa di € 800,00 per ciascun impianto.

Esempio livello di protezione base:
Regime di assistenza diretta
Massimale illimitato
Costo della prestazione di Impianto osteointegrato € 1.000,00
Franchigia € 800,00
Prestazione autorizzata € 1.000,00 di cui € 200,00 a carico della Società e € 800,00 a carico dell'Assicurato

b) Avulsione (estrazione denti)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento. **Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione**.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato**.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

FRANCHIGIA/SCOPERTO

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in struttura convenzionata con la Società (pagamento diretto) al

netto una franchigia fissa di € 35,00 per ciascuna estrazione semplice e franchigia fissa di € 120,00 per ciascuna estrazione complessa.

Esempio livello di protezione base:
Regime di assistenza diretta
Massimale illimitato
Costo della prestazione di avulsione € 50,00
Franchigia estrazione semplice € 35,00
Prestazione autorizzata € 50,00 di cui € 15,00 a carico della Società e € 35,00 a carico dell'Assicurato

c) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in struttura convenzionata con la Società (pagamento diretto) al netto delle franchigie previste.**

Prestazione	Franchigia
CONSERVATIVA	
Sigillatura (per ogni dente)	€ 25,00
Cavità di 5ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 1ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 2ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 3ª classe di BLACK	€ 80,00
Cavità di 4ª classe di BLACK	€ 80,00
Incappucciamento della polpa	€ 37,00
Intarsio L.P. – Inlay od onlay	€ 250,00
Intarsio in ceramica	€ 300,00
Intarsio in composito	€ 200,00
Ricostruzione di angoli	€ 70,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 125,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 70,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 80,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 130,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 175,50
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 270,00
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 290,00

CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari	€ 259,00
Asportazione di epulide	€ 93,00
Intervento chirurgico preprotesico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance,de palato, ecc.	€ 207,00
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 181,00
Frenulotomia o frenulectomia	€ 37,00
Biopsie (qualunque numero)	€ 52,00
PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 850,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 250,00
Gancio su scheletrato	€ 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 500,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 60,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 50,00

ORTOGNATODONZIA	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparacchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.000,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	€ 690,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 70,00
Bite notturno	€ 250,00
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA	
Levigatura delle radicie/o courettage gengivale	€ 45,00
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 25,00
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 25,00
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 20,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti) (	€ 120,00
Placca di svincolo	€ 217,00
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 52,00
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 175,00
Gengivectomia per dente	€ 50,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 186,00
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 259,00
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 100,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	€ 326,00
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 388,00
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 434,00
Lembo gengivale semplice	€ 200,00
Lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 260,00
DIAGNOSTICA	
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 16,00
Radiografia endorale per arcate	€ 42,00
Bite wings	€ 20,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 11,00
Ortopantomografia od ortopanoramica	€ 30,00
Teleradiografia	€ 42,00
Dentalscan 1 arcata	€ 181,00
Dentalscan 2 arcate	€ 259,00
Esame elettromiografico	€ 180,00
Esame Kinesiografico	€ 200,00

Esempio livello di protezione base:
Regime di assistenza diretta
Massimale illimitato
Costo della prestazione di Cavità di II classe Black € 65,00
Franchigia € 65,00
Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 0,00 a carico della Società e € 65,00 a carico dell'Assicurato

d) Prevenzione Odontoiatrica
La Società provvede al pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate, indicate dalla Centrale Operativa. Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.
Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale.

- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi ecc.

e) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica
La Società provvede al pagamento, massimo una volta l'anno, delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio. L'Assicurato, previo invio del certificato di pronto soccorso, potrà avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:
- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture stesse, senza applicazione di alcuna franchigia a carico dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI RIMBORSO
Carenza
Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Massimale
La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").

Franchigia/Scoperto
Le spese per le prestazioni erogate all' Assicurato vengono liquidate lasciando a carico dell'Assicurato gli scoperti e le franchigie previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").

Art.24 Presenza di più coperture assicurative
Qualora l'Assicurato risulti già in copertura per le spese sanitarie anche presso un altro Assicuratore, Ente, Cassa o Fondo sanitario, la presente assicurazione opererà sempre a secondo rischio, cioè in eccedenza dei limiti previsti da altre Assicurazioni o contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse e Fondi integrativi sanitari per malattia o infortunio.
Il rimborso avverrà per la parte di spesa rimasta eventualmente scoperta dopo la conclusione della pratica del rimborso prioritariamente richiesto all'altro Assicuratore, Ente, Cassa o Fondo fino alla concorrenza del massimale previsto dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva") applicando le condizioni di polizza previste (franchigie, scoperti e massimali).

A tale scopo l'Assicurato dovrà presentare la documentazione di spesa unitamente al foglio di liquidazione dell'altro Assicuratore, Ente, Cassa o Fondo.

CAPITOLO 3 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art.25 Patologie pregresse

Sono escluse dall'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.
Tuttavia, nel caso di rinnovo dei contratti di durata pari a 5 anni, la copertura delle patologie preesistenti note all'Assicurato al momento della prima sottoscrizione della polizza è prestata alle seguenti condizioni per prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura:

- in caso di rinnovo dell'assicurazione per 1 anno, rimborso del 25% dell'importo rimborsabile/liquidabile;
- in caso di rinnovo dell'assicurazione per 3 anni, rimborso del 35% dell'importo rimborsabile/liquidabile;
- in caso di rinnovo dell'assicurazione per 5 anni, rimborso del 50% dell'importo rimborsabile/liquidabile.

Art.26 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:
1) gli infortuni avvenuti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
6) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
8) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
9) l'interruzione volontaria della gravidanza;
10) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il terzo mese di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio rimborsabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, rimborsabili ai sensi di polizza, per tumori maligni, salvo quanto previsto all'art. 23 "Descrizione delle prestazioni assicurate", lettera D);
11) le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici, effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale, ad eccezione di quelle riportate nell'art. 23 "Descrizione delle prestazioni assicurate", lett. J) Odontoiatriche in Struttura Convenzionata con la Società (Pagamento Diretto);
12) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, salvo quanto previsto alla lettera C "Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite";

13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza;
14) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto alla lettera I) "Trattamenti fisioterapici/riabilitativi e agopuntura" riguardo all'agopuntura manu medica;
15) ricoveri in lungodegenza;
16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione Assicurata di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
18) gli interventi di chirurgia finalizzata alla cura dell'obesità (bariatrica), ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
19) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel paragrafo "Dopo il ricovero" della garanzia descritta alla lettera A) "Ricoveri con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi ambulatoriali, Parto fisiologico, Parto cesareo/Aborto terapeutico";
20) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
21) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
22) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
23) ricoveri impropri;
24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
25) le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza, salvo quanto previsto all'art. 23 "Patologie pregresse";
26) i parafarmaci e i medicinali non compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici;
27) infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
28) partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;
29) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Art.27 Persone non assicurabili

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni. Per gli Assicurati già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età la polizza potrà essere rinnovata fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'Assicurato raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta della polizza dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.
Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.
Come previsto dalla normativa vigente in materia, nel caso in cui la Società riceva una proposta assicurativa inadeguata, lo comunica al potenziale Assicurato.

CAPITOLO 4 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art.28 Oneri in caso di sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato alla Società non appena ne abbiano la possibilità. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.**

Per le prestazioni ospedaliere, la data del sinistro è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio; per le prestazioni extraospedaliere la data del sinistro è quella della prima prestazione sanitaria erogata, relativa allo specifico evento. Per le prestazioni fisioterapiche ed odontoiatriche la data evento è quella in cui è eseguita la singola prestazione relativa allo specifico evento.

Qualora l'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è **necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.**

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali spese di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assicurato titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- **certificato di morte dell'Assicurato**;
- **copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà** che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- **in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale** dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- **eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire**;
- **fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede**;
- **dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione (CDA)**.

Si precisa che qualora l'Assicurato intenda utilizzare una struttura e/o un medico e/o un odontoiatra convenzionati con Intesa Sanpaolo RBM Salute ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta, contattando preventivamente la Centrale Operativa.

Tutte le prestazioni sanitarie/odontoiatriche o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in

tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura ed il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'Assicurato.

Il pagamento di eventuali imposte, ivi compresa quella di bollo, dovute per le prestazioni oggetto della presente copertura assicurativa, rimane ad esclusivo carico dell'Assicurato; non sono dovute dalla Società le spese sostenute dall'Assicurato per eventuali oneri amministrativi di qualsivoglia natura (ad esempio le spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

Procedura operativa - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assicurato **dovrà preventivamente richiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale Operativa** (operativa **24 ore su 24, 365 giorni l'anno).**

La Centrale Operativa, **se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria. Qualora vengano richieste integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni viene quindi a decorrere dal giorno di ricezione della documentazione completa.**
Il VoucherSalute® contiene evidenza delle eventuali spese che rimangono a carico dall'Assicurato (a titolo esemplificativo franchigie, scoperti).

Il rilascio del VoucherSalute® può essere richiesto attraverso:
- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati: - **800.991.771** da telefono fisso (numero verde); - **+39 0422.17.44.207** da telefono cellulare e per chiamate dall'estero.

L'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:
- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- prestazione da effettuare.

L'Assicurato potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o alla app mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.
Compatibilmente con le disponibilità territoriali, saranno individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative (nel caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire l'impegno all'effettuazione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.
L'Assicurato confermerà una delle strutture convenzionate proposte, ovvero potrà individuarne una diversa; in quest'ultimo caso **non è garantita da parte della Centrale Operativa l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.**

Con riferimento alle prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come per esempio le prestazioni post ricovero) o nell'ipotesi in cui sia prossima la scadenza della copertura assicurativa, si ricorda all'Assicurato di richiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è ridotta ai minori giorni che mancano rispettivamente al raggiungimento del limite previsto dalla garanzia o alla cessazione della copertura (ad esempio se le prestazioni post ricovero potessero essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® fosse rilasciato il giorno 10 Novembre, quest'ultimo avrà validità di 20 giorni ai fini della esecuzione delle prestazioni). Nel caso in cui l'Assicurato non si attivasse per tempo si ricorda che non è garantita l'esecuzione della prestazione in tempi inferiori a 30 giorni e pertanto potrebbe non essere operante la copertura.

L'Assicurato **dovrà trasmettere alla Centrale Operativa - tramite portale web o app mobile o a mezzo mail all'indirizzo polizzeindividuali@intesasanpaolorbmsalute.com o via fax, al numero 0422.17.44.707** – la seguente documentazione:

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione (sanitaria ed odontoiatrica).**
  È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, accertamenti diagnostici e visite specialistiche.
  Per le prestazioni diverse da quelle su indicate, la prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

  Per le prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendo anche la trasmissione della stessa in tale fase.
- **copia del tesserino "esenzione 048"** in caso di prestazioni oncologiche di follow-up;
- **in caso di infortunio:**
  - ⇨ **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. **In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);**
  - ⇨ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale** - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie resesi necessarie in conseguenza dello stesso **- l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

Si precisa che, anche per le prestazioni odontoiatriche, l'Assicurato dovrà di volta in volta richiedere singolarmente l'emissione del VoucherSalute® per ogni prestazione che deve eseguire e che non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano direttamente dagli Studi Odontoiatrici.

Il VoucherSalute®, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmesso all'Assicurato **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail del VoucherSalute®. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione del VoucherSalute® la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della email sarà presente un *link web* breve (c.d. "*tiny link*") che consentirà la visualizzazione del VoucherSalute® sullo schermo del *device*. Il VoucherSalute® potrà contenere una forma visibile del QR code per l'accesso in struttura sanitaria.

Come anticipato, la scadenza del periodo di validità del VoucherSalute® è fissata in 30 giorni dalla data di emissione dello stesso; nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'Assicurato potrà richiederne la ri-emissione immediata entro un massimo di 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza (l'Assicurato non dovrà più attendere il decorso di ulteriori 7 giorni di calendario dalla richiesta) tramite la propria Area Riservata o l'App Mobile senza necessità di allegare nuovamente la documentazione già trasmessa. Diversamente, trascorsi i predetti 7 giorni dalla scadenza del voucher, l'Assicurato dovrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, riallegando integralmente la documentazione necessaria. Il VoucherSalute® sarà rinnovabile a partire dal 20mo (ventesimo) giorno dalla sua emissione per un numero massimo di ulteriori due volte, quindi con una finestra complessiva di validità di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura **(Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2019; a partire dal 20/03/2019 l'Assicurato che non lo abbia ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che avrà 30 giorni di validità a decorrere dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non potrà più essere utilizzato. È consentita una ulteriore ri-emissione del VoucherSalute®, per una validità di ulteriori 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2019 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di ri-emissione, non potrà superare la data del 29/05/2019 – totale 90 gg. dal 01/03/2019).**
Qualora la richiesta di ri-emissione avvenga prima che siano trascorsi i 30 giorni di validità (e comunque dal 20mo giorno di emissione del Voucher stesso), gli eventuali giorni di validità non usufruiti andranno perduti.
Il VoucherSalute® non potrà essere annullato dall'Assicurato. Qualora l'Assicurato abbia, per motivi eccezionali, la necessità di farlo dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa.

In sede di accesso presso la Struttura Sanitaria convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire il VoucherSalute® ricevuto dalla Centrale Operativa e consegnare la prescrizione medica ove prevista.

L'Assicurato deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, del nuovo VoucherSalute®.
La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza di cui al successivo § b).

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

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata dalla Società con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

b) ***Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per ricovero)***
Esclusivamente per la garanzia Ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero** e **in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.
Dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui l'Assicurato è ricoverato.
Il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale Operativa tramite mail all'indirizzo **polizzeindividuali@intesasanpaolorbmsalute.com** o a mezzo **fax (0422.17.44.707) 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'evento.
Resta inteso che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa; a tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.
La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente a ricoveri erogati in regime di assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

c) La prenotazione
L'Assicurato, ottenuto il VoucherSalute®, prenoterà personalmente la prestazione contattando direttamente la Struttura Convenzionata.
L'Assicurato ha l'obbligo di non fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che dovessero derivare da una diversa modalità di contatto con la Struttura Convenzionata produrranno il mancato rilascio del VoucherSalute® che comporterà la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di assistenza diretta.
La struttura sanitaria utilizzando la piattaforma informatica messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute avrà visibilità del VoucherSalute® emesso, in modo da poterlo verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.
Dalla stessa piattaforma la Struttura potrà confermare alla Centrale Operativa la data di esecuzione della prestazione.
Nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'Assicurato dovrà richiederne immediatamente la ri-emissione tramite la propria Area Riservata o App mobile, entro i termini indicati nel precedente paragrafo.

d) Mancata attivazione della centrale operativa
Qualora l'Assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata in regime di assistenza diretta né presentata a rimborso.

e) Dopo l'esecuzione della prestazione
A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dalla Condizioni di Assicurazione), nonché, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (ad esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.).
Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota in caso di ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie ….).

Procedura operativa - Regime Rimborsuale

a) Richiesta di rimborso cartacea
Per ottenere il rimborso, l'Assicurato, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Polizze Sanitarie Individuali – Modulistica) ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

1) **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. **Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.**
2) **cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;**
3) **prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, accertamenti diagnostici e visite specialistiche;**
4) **dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;**
5) **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta), intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.**
   La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno;
6) **copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.);**
7) **in caso di trattamenti fisioterapici:**
   i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
   ii. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione.
   Le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine della cura.
8) **in caso di prestazioni ricevute in Regime Misto, l'Assicurato dovrà produrre alla Società anche un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata con cui la stessa attesta l'avvenuto pagamento delle prestazioni erogate dall'Equipe non convenzionata.**
9) **in caso di infortunio:**
   ⇨ **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. **In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);**
   ⇨ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale** - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie resesi necessarie in conseguenza dello stesso **- l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID** (constatazione amichevole).
10) **quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.**

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:
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

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato.

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

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato potrà trasmettere on line la propria richiesta di rimborso, unitamente alla relativa documentazione giustificativa medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria Area Riservata dal sito www.intesasanpaolorbmsalute.com (Gestisci la tua polizza on line – Polizze Individuali – Area Riservata – sinistri) oppure attraverso la App Mobile.

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

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

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

CAPITOLO 5 - LIVELLI DI SERVIZIO E PENALI

Art.29 Livelli di servizio minimi garantiti e penali a favore dell'Assicurato

Intesa Sanpaolo RBM Salute ritiene che la tempestività nell'erogazione delle prestazioni spettanti all'Assicurato sia una delle componenti essenziali per garantire un'assicurazione sanitaria di qualità. Per questo motivo Intesa Sanpaolo RBM Salute, al fine di garantire un collegamento diretto tra qualità e l'efficacia della propria polizza sanitaria ed il trattamento economico garantito ai propri Assicurati, ha previsto le seguenti penali in favore dell'Assicurato qualora la Compagnia non sia riuscita a garantire i migliori livelli di servizio.

A) PRESTAZIONI CON PAGAMENTO DIRETTO (NETWORK)

A) Prestazioni Ospedaliere

Tempo Massimo di emissione del VoucherSalute®: 7 giorni di calendario dalla richiesta completa di emissione del VoucherSalute® (data richiesta presa in carico)

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari allo 0,025% dell'ammontare del pagamento diretto che sarà effettuato alla Struttura Sanitaria Convenzionata per le prestazioni ospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al Tempo Massimo. Tale importo sarà liquidato dalla Società direttamente su conto corrente bancario intestato all'Assicurato.

Nota Bene: In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

ESEMPIO:
Caso 1:
Data emissione del VoucherSalute®: dopo 5 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;
Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 15.500,00;
Penale in favore dell'Assicurato: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto l'emissione del VoucherSalute® è avvenuta entro il Tempo Massimo previsto (7 giorni di calendario).

Caso 2:
Data emissione del VoucherSalute®: dopo 9 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;
Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 15.500,00;
Penale in favore dell'Assicurato: nonostante la data di emissione del VoucherSalute® risulti con 2 giorni di calendario di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 7,75 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.

Caso 3:
Data emissione del VoucherSalute®: dopo 15 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;
Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 15.500,00;
Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 31,00, in quanto la data di emissione del VoucherSalute® risulta con 8 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto (7 giorni di calendario).

B) Prestazioni Extraospedaliere

Tempo Massimo di emissione del VoucherSalute®: 7 giorni di calendario dalla richiesta completa di emissione del VoucherSalute® (data richiesta presa in carico)
Penale: è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari all'1% dell'ammontare della franchigia a suo carico. Tale importo sarà direttamente ridotto in fase di autorizzazione e scontato a beneficio dell'Assicurato in occasione del pagamento della franchigia presso la Struttura Sanitaria Convenzionata.

ESEMPIO:
Caso 1:
Data emissione del VoucherSalute®: dopo 5 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;
Ammontare della franchigia a carico dell'Assicurato: € 50,00;
Penale in favore dell'Assicurato: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto la prima prenotazione è avvenuta entro il Tempo Massimo previsto (7 giorni di calendario).
Caso 2:
Data emissione del VoucherSalute®: dopo 9 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;
Ammontare della franchigia a carico dell'Assicurato: € 50,00;
Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 1,00 da scontare in occasione del pagamento della franchigia presso la Struttura Sanitaria Convenzionata, in quanto la data di emissione del VoucherSalute® risulta con 2 giorni di calendario di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.
Caso 3:
Data emissione del VoucherSalute®: dopo 15 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;
Ammontare della franchigia a carico dell'Assicurato: € 50,00;
Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 4,00 da scontare in occasione del pagamento della franchigia presso la Struttura Sanitaria

Convenzionata, in quanto la data di emissione del VoucherSalute® risulta con 8 giorni di calendario di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.

B) PRESTAZIONI A RIMBORSO

A) Prestazioni Ospedaliere

Tempo Massimo di Rimborso: 20 giorni lavorativi dalla data di arrivo della richiesta dell'Assicurato (data protocollo). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari allo 0,025% del rimborso spettante all'Assicurato per le prestazioni ospedaliere effettuate per ogni giorno di ritardo successivo al Tempo Massimo. Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assicurato.

Nota Bene: Il rimborso si intende concluso nel giorno della data liquidazione da parte della Compagnia (data chiusura pratica) I tempi bancari per l'accredito dell'importo rimborsato non rientrano nel livello di servizio garantito dalla Compagnia. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

ESEMPIO:

Caso 1:

Data chiusura pratica: dopo 5 giorni lavorativi dalla data protocollo;

Ammontare del rimborso: € 15.500,00;

Penale in favore dell'Assicurato: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto la chiusura della pratica è avvenuta entro il Tempo Massimo previsto (20 giorni lavorativi).

Caso 2:

Data chiusura pratica: dopo 22 giorni lavorativi dalla data protocollo;

Ammontare del rimborso: € 15.500,00;

Penale in favore dell'Assicurato: nonostante la data di chiusura pratica risulti con 2 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 7,75 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.

Caso 3:

Data chiusura pratica: dopo 28 giorni lavorativi dalla data di richiesta presa in carico;

Ammontare del rimborso: € 15.500,00;

Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 31,00, in quanto la data chiusura pratica risulta con 8 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.

B) Prestazioni Extraospedaliere

Tempo Massimo di Rimborso: 20 giorni lavorativi dalla data di arrivo della richiesta dell'Assicurato (data protocollo). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari allo 0,05% del rimborso spettante all'Assicurato per le prestazioni ospedaliere effettuate per ogni giorno di ritardo successivo al Tempo Massimo. Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assicurato.

Nota Bene: Il rimborso si intende concluso nel giorno della data liquidazione da parte della Compagnia (data chiusura pratica). I tempi bancari per l'accredito dell'importo rimborsato non rientrano nel livello di servizio garantito dalla Compagnia. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

ESEMPIO:

Caso 1:

Data chiusura pratica: dopo 5 giorni lavorativi dalla data protocollo;

Ammontare del rimborso: € 400,00;
Penale in favore dell'Assicurato: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto la chiusura della pratica è avvenuta entro il Tempo Massimo previsto (20 giorni lavorativi).
Caso 2:
Data chiusura pratica: dopo 22 giorni lavorativi dalla data protocollo;
Ammontare del rimborso: € 400,00;
Penale in favore dell'Assicurato: nonostante la data di chiusura pratica risulti con 2 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 0,4 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.
Caso 3:
Data chiusura pratica: dopo 28 giorni lavorativi dalla data di richiesta presa in carico;
Ammontare del rimborso: € 400,00;
Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 1,60, in quanto la data chiusura pratica risulta con 8 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.

Sezione III

CAPITOLO 1 – ComfortSalute®

Inoltre gli Assicurati con la presente polizza potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

1. SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico
Quando l'Assicurato necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assicurato, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.
Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione
Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assicurato necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.
L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assicurato.

c) Consulenza telefonica medico specialistica
Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.
Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE
Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.
Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata.
Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

3. SECOND OPINION
L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

4. TUTORING
L'Assicurato può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.
Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

5. CARD ELETTRONICA (INTESA SANPAOLO RBMSALUTE – PREVIMEDICAL)
E' messo a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.
Nel sito web www.previmedical.it sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.
La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP Mobile Intesa Sanpaolo RBM Salute.

6. CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE
Qualora l'Assicurato disponga di un accesso ad Internet potrà usufruire delle seguenti funzionalità.

Area riservata – Condizioni di assicurazione
Accedendo al sito www.intesasanpaolorbmsalute.com l'Assicurato potrà visualizzare le presenti Condizioni di Assicurazione all'interno dell'"Area riservata – Condizioni di assicurazione" presente nella sezione "Gestisci la tua polizza on line – Polizze individuali".
Sarà sufficiente registrarsi (in caso di primo accesso) ed accedere con le proprie credenziali (login e password); le medesime credenziali potranno essere utilizzate anche per accedere all'Area riservata - Sinistri.

Area riservata – Sinistri

Accedendo al sito www.intesasanpaolorbmsalute.com l'Assicurato può effettuare la preattivazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta o inoltrare le proprie richieste di rimborso con modalità telematiche accedendo alla "Area Riservata Sinistri" presente nella sezione "Gestisci la tua polizza on line – Polizze individuali".

L'Assicurato potrà anche:

- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto;
- ricercare le strutture convenzionate con il Network;
- consultare on line lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

Sarà sufficiente registrarsi (in caso di primo accesso) ed accedere con le proprie credenziali (login e password); le medesime credenziali potranno essere utilizzate anche per accedere all'Area riservata - Condizioni di assicurazione.

App mobile

L'Assicurato può accedere a "Citrus®, App mobile resa disponibile dalla Società per accedere alle seguenti funzioni:

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;
- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate con il Network;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta.

L'Assicurato già registrato nell'Area Riservata – Sinistri utilizzerà le medesime credenziali (login e password) per accedere ai servizi tramite APP Mobile. In caso contrario, dovrà registrarsi all'Area Riservata.

Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei sottoindicati articoli:

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 9 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio - Questionario Sanitario
Art. 10 Altre assicurazioni/coperture
Art. 11 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio
Art. 12 Tacito rinnovo
Art. 14 Forma e modalità delle comunicazioni
Art. 24 Presenza di più coperture assicurative
Art. 26 Esclusioni
Art. 27 Persone non assicurabili
Art. 28 Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L'"INFORMATIVA") E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il Regolamento sulla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (di seguito il "Regolamento") contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. La presente Informativa ne recepisce le previsioni.

SEZIONE 1 - IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., con sede legale in Via A. Lazzari n.5, 30174 Venezia – Mestre (VE), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche la "Società" o il "Titolare") tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le finalità indicate nella Sezione 3. Per ulteriori informazioni può visitare il sito Internet di Intesa Sanpaolo RBM Salute www.intesasanpaolorbmsalute.com e, in particolare, la sezione "Privacy" con tutte le informazioni concernenti l'utilizzo ed il trattamento dei Dati Personali.

SEZIONE 2 - DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Intesa Sanpaolo RBM Salute ha nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "*Data Protection Officer*" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 7 della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail: privacy@intesasanpaolorbmsalute.com

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

Categorie di Dati Personali

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

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

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

Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che la riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi[1] (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla [i]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.

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).

---

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

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

e) Estensione della polizza assicurativa a favore di altri Assicurati

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati e quelli di suoi familiari verranno trattati al fine estendere la copertura assicurativa a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto.

In tale contesto potrebbe essere richiesto il conferimento di categorie particolari di dati (dati idonei a rivelare lo stato di salute, referti medici, ecc.) relativi a Lei o a Suoi familiari. Tale conferimento è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma i dati forniti potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.
Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

f) Sviluppo del Business e gestione del rischio assicurativo della Società

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per sviluppare il Business e gestire il rischio della Società. I suoi dati potranno altresì essere trasmessi all'interno del Gruppo imprenditoriale per finalità amministrative. Inoltre, il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario al fine di:

- gestire eventuali contenziosi;
- perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi, tra cui la verifica dei reclami su base statistica e la registrazione delle telefonate con Lei intercorse. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati è effettuato in base al legittimo interesse del Titolare (art. 6.1 lett. f) del Regolamento.

SEZIONE 4 - CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI PERSONALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

a) **Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.**
b) **Soggetti Terzi** (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:
   - Previmedical S.p.A.;
   - Società di mutuo soccorso;
   - Compagnie di assicurazione e Broker;
   - Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
   - Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
   - Fondi o casse sanitarie;
   - Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
   - Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
   - Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;
   - Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/ organizzativa);
   - Istituti bancari
c) **Autorità** (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc…) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

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

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

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

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.
Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

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

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

SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

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

1. Diritto di accesso

Lei potrà ottenere dalla Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati etc.
Qualora i Dati Personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, Lei ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate relative al trasferimento. Se richiesto, la Società Le potrà fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie la Società potrà addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalla Società in un formato elettronico di uso comune.

2. Diritto di rettifica

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

3. Diritto di cancellazione

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali, se sussiste uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, qualora i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il consenso su cui si basa il trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento.
La informiamo che la Società non potrà procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali: qualora il loro trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

4. Diritto di limitazione di trattamento

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

5. Diritto alla portabilità dei dati

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

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

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

6. Diritto di opposizione

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione).
Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.

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

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

SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

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

[i] Ultimo aggiornamento 22 gennaio 2021

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
Tel.+39 041 2518798
info@intesasanpaolorbmsalute.com
comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Capitale Sociale € 160.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F. e n. Iscrizione Registro Imprese di Treviso-Belluno 05796440963, Partita Iva 11991500015, Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).