

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese mediche da malattia e da infortunio redatto secondo le Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018)





Patto Chiaro Salute - Polizza verificata da Adiconsum

MODELLO FI0049 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.



SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 27:

- SEZIONE I
Glossario da pag 1
Capitolo 1 – Informazioni generali - da pag. 3
Capitolo 2 - Condizioni assicurative - da pag. 5
- SEZIONE II
Capitolo 1- Scheda riassuntiva da pag. 9
Capitolo 2 - Descrizione delle Prestazioni Assicurate - da pag. 16
Capitolo 3 – Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione - da pag. 17
Capitolo 4 - Liquidazione dell'indennizzo - da pag. 19
Capitolo 5 - Livelli di servizio e penali – da pag 25
- ALLEGATI
 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.

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

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.

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).

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

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: tutte le prestazioni indicate in un unico piano di cure redatto dal medico odontoiatra, inviate contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione odontoiatrica erogata, relativa allo specifico evento.

- **Prestazioni Odontoiatriche** – la prestazione. La data evento è quella in cui è eseguita la prestazione relativa allo specifico evento.

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto almeno da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

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.

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

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. <u>La gravidanza non è considerata malattia</u>.



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).

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. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com.

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.

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 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.

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.

Tariffario: l'elenco delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso, a seconda del livello di Protezione prescelto, come da Allegato n.1 "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione" delle CGA.



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 2019²

Patrimonio netto: € 306.026.694,00

di cui

€ 160.000.000.00 capitale sociale: - totale delle riserve patrimoniali: € 100.873.413,00

Indice di solvibilità³: 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. 14 delle CGA)

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 classi di prestazioni odontoiatriche (vedi "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione"); pertanto, a seconda delle prestazioni eseguite, il periodo di carenza potrà avere diversa durata e potrà variare anche la percentuale di rimborso. 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 Assistito 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.

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 <u>www.intesasanpaolorbmsalute.com</u> (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.



Art. 5. Diritto di recesso - ripensamento

Avvertenza: la facoltà di recesso da parte del contraente è preclusa.

Avvertenza: Il Contraente ha sempre la facoltà di disdire annualmente dal contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della polizza (vedi art. 4 "Tacito rinnovo" delle CGA).

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). 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:

o rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma

fax: 06.42133206 pec: ivass@pec.ivass.it informazioni su www.ivass.it

- o ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- o 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 odontoiatriche sostenute dall'Assicurato <u>durante l'operatività</u> <u>del presente contratto</u> e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio, entro i limiti previsti dal livello di Protezione prescelto (vesi Sezione II Capitolo 1 – "Scheda riassuntiva" e Capitolo 2 "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.

<u>L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione</u> <u>del rischio.</u> Ad esempio, in caso di trasferimento della residenza si può verificare un aggravamento del rischio che va comunicato.

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; <u>si</u>

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



precisa che il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di un odontoiatra convenzionato 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 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 <u>ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la</u>

risoluzione del contratto, 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 dal dal paragrafo "Carenza" dell'art. 14 "Oggetto dell'assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche definite CGA.

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 freguenza 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.

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, <u>ferme le successive scadenze</u>, 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

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

- a) <u>Dip;</u>
- 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

I 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.

<u>Avvertenza:</u> 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 - SCHEDA RIASSUNTIVA

Art. 22. Scheda Riassuntiva

LIVELLO DI PROTEZIONE BASE

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 annidi età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	1 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		1 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	. 1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	1 09111 12 111001
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	1 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO



43	Rilievo impronte e studio dei modelli del caso su articolatore, comprese radiografie e tracciato cefalometrico	200	Richiedibili modelli + rx + tracciato cefalometrico restituibile	Una sola volta
46	Placca di contenzione	350	Solo a fine trattamento	Una sola volta

LIVELLO DI PROTEZIONE ALTA

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		2 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	4 ogni 42 mani
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	2 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi



64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		1 ogni 12 mesi
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotesico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	2 ogni 12 mesi
40	Placca occlusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	1 sola volta
43	Rilievo impronte e studio dei modelli del caso su articolatore, comprese radiografie e tracciato cefalometrico	200	Richiedibili modelli + rx + tracciato cefalometrico restituibile	Una sola volta
46	Placca di contenzione	350	Solo a fine trattamento	Una sola volta

LIVELLO DI PROTEZIONE TOTALE

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)



Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		3 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mosi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	3 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		2 ogni 12 mesi
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotesico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	3 ogni 12 mesi
40	Placca occlusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	1 sola volta
	Rilievo impronte e studio dei modelli del caso su articolatore, comprese radiografie e tracciato cefalometrico	200,00	Richiedibili modelli + rx + tracciato cefalometrico restituibile	Una sola volta
46	Placca di contenzione	350,00	Solo a fine trattamento	Una sola volta



D - CURE DI III° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	2 ogni 12 mesi
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 per prestazione (prima e dopo)

Segue D - CURE DI III° LIVELLO

12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	1 ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	1 sola volta per arcata
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	i sola volta pel arcata
20	Intarsi in LP o LNP- ceramici – Inlay e Onlay per elemento	350,00		2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post- impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento



55	Mini impianti compresi attacchi di pecisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post- impianto possono essere richiesti per verifica	
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post- impianto possono essere richiesti per verifica	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	1 sola volta
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	1 sola volta
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi.Non ripetibile sullo stesso
59	Corona provvisoria armata - per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	elemento prima di 5 anni

Segue D - CURE DI III° LIVELLO

29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica , compreso eventuale fresaggio - per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni



60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		1 volta ogni 5 anni
44	Trattamento ortodontico con apparecchiature mobili per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.000,00	Richiesta certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo per 2 anni; 3º anno rimborsabile con invio modelli (iniziale e attuale)
45	Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.200,00	Modelli e panoramica richiedibili	Massimo per 3 anni



CAPITOLO 2 - DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 23. Descrizione delle prestazioni Assicurate

La Società assicura il rimborso delle spese odontoiatriche sostenute dall'Assicurato <u>durante</u> <u>l'operatività del presente contratto</u> e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio, entro i limiti previsti dal livello di Protezione prescelto <u>(vedi Capitolo 1 "Scheda Riassuntiva - Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione").</u>

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA MALATTIA O INFORTUNIO

A) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese sanitarie odontoiatriche sostenute <u>esclusivamente per le prestazioni riportate nel "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione"</u> suddivise nelle seguenti quattro classi secondo la complessità, <u>entro i limiti previsti dal livello di Protezione prescelto:</u>



- igiene e prevenzione;
- cure di I livello:
- cure di Il livello:
- cure di III livello.

Ogni livello di Protezione può includere due o più classi di prestazioni odontoiatriche.

B) VISITA ODONTOIATRICA ANNUALE DI CONTROLLO E PREVENZIONE

La Società provvede al pagamento di una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08) una volta all'anno, nei limiti previsti dal "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione", in relazione al livello di Protezione prescelto.

Inoltre, per ciascun Assicurato di età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), <u>purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità della polizza.</u>

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

La garanzia decorre:

- per le cure di I livello: carenza di 3 mesi, poi da 3 a 6 mesi rimborso 50% dell'importo rimborsabile, oltre i 6 mesi 100%;
- per le cure di Il livello: carenza di 3 mesi, poi da 3 a 6 mesi rimborso 30% dell'importo rimborsabile, da 6 a 12 mesi 60% dell'importo rimborsabile, oltre i 12 mesi 100%;
- per le cure di III livello: carenza di 6 mesi, poi da 6 a 12 mesi rimborso 30% dell'importo rimborsabile, da 12 a 24 mesi 60% dell'importo rimborsabile, oltre i 24 mesi 100%.

Non è prevista carenza per l'igiene e la prevenzione.

La percentuale di rimborso o l'applicabilità delle carenze verrà stabilita sulla base del momento in cui le prestazioni si sono rese necessarie, indipendentemente dalla data in cui le medesime sono state eseguite (data fattura).

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 carenza di cui sopra operano:

- <u>dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima</u> previsti;
- <u>dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.</u>



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

Massimale

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato <u>vengono liquidate entro i limiti previsti dal</u> "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli <u>di Protezione", in relazione al livello di Protezione prescelto.</u> Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sono rimborsati al 100%.

Esempio livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Ortopantomografia € 60,00

Tariffa da Nomenclatore € 35,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 35,00 a carico della Società e € 30,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per Ortopantomografia € 60,00

Tariffa da Nomenclatore € 35,00

Indennizzo € 35.00

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 dai specifici livelli di Protezione della presente Polizza 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) le prestazioni sanitarie non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri:
- 2) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
- 3) 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.16.
- 4) tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resisi necessari prima della stipula della polizza;
- 5) tutte le prestazioni non comprese nel "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione";
- 6) le procedure di ricostruzione utilizzate per incrementare la dimensione verticale del dente perso a causa di attrito;
- 7) le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche:
- 8) 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";gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 9) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese 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;
- 10) le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
- 11) la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
- 12) le estrazioni di denti decidui (da latte);
- 13) le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
- 14) i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.
- 15) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 16) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
- 17) 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;
- 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;
- 19) le cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 20) controlli di routine e/o check-up, se non diversamente previsto.
- 21) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 22) infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
- 23) 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;
- 24) 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 copertura potrà essere rinnovata fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'Assicurato raggiunge l'80° anno di età. Non sarà più possibile aderire alla copertura in caso di disdetta dopo il 70° anno di età.

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

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente/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 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 <u>è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.</u>

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 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;
- <u>in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale</u> 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 un odontoiatra convenzionato con Intesa Sanpaolo RBM Salute ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta, contattando preventivamente la Centrale Operativa.

Tutte le prestazioni odontoiatriche o cicli di cura 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).

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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 rilascio del VoucherSalute® può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- <u>numeri telefonici dedicati:</u> **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® da parte della Centrale Operativa.

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 condizionata ai minori giorni che residuano 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).
 - 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.
 - È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, accertamenti diagnostici e visite specialistiche.

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 dovrà 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 qià 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 (ad 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 riemissione 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).

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 le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in polizza nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

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.

<u>Dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui l'Assicurato è ricoverato.</u>

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.

<u>Dalla stessa piattaforma la Struttura potrà confermare alla Centrale Operativa la data di esecuzione della prestazione.</u>

Nel caso in cui il VoucherSalute[®] fosse scaduto, l'Assicurato dovrà richiederne 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 <u>www.intesasanpaolorbmsalute.com</u> (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) non convenzionata.
- 3) 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).
- 4) 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 consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. 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.

Art.20 Documentazione integrativa

Ai fini del riconoscimento dei rimborsi come previsto dall'art. 19 "Oneri in caso di Sinistro", la Società si riserva inoltre il diritto di richiedere:

- eventuale ulteriore documentazione medica;
- <u>esami radiografici eseguiti, per motivi clinici, prima o durante le cure (riportanti data di esecuzione</u> e nome dell'Assicurato);
- fotografie occlusali delle arcate dentarie;
- <u>esecuzione di visita medica di controllo presso uno studio convenzionato con il Network, diverso</u> da quello del medico odontoiatra che ha eseguito le cure.

CAPITOLO 5 - LIVELLI DI SERVIZIO E PENALI

Art. 21 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)

Tempo Massimo di emissione del VoucherSalute®: 7 giorni di calendario dalla richiesta completa di emissione del <u>VoucherSalute</u>®_ (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

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Marco Vecchietti Amministratore Delegato e Direttore Generale

MMeetin >

Ai sensi e per gli 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. 22 Presenza di più coperture assicurative

Art. 24 Esclusioni

Art. 25 Persone non assicurabili

Art. 26 Oneri in caso di Sinistro



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;
- dati relativi alle prestazioni assicurative effettuate a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

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

Finalità e base giuridica del trattamento

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

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

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.



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).

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.

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



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.

¹ 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

<u>info@intesasanpaolorbmsalute.com</u> <u>comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</u>

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).