



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

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

TuttoSalute! 2.0[®]
La Tua Polizza Sanitaria SU MISURA

Contratto di Assicurazione
per il rimborso delle spese sanitarie



Patto Chiaro Salute - Polizza verificata da Adiconsum

MODELLO FI0050

Edizione 09/2021

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 160.000.000 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

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

SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 258:

- SEZIONE I

-
- Glossario da pag. 1

 - Capitolo 1 – Informazioni generali - da pag. 6

 - Capitolo 2 - Condizioni assicurative - da pag. 8

- SEZIONE II

-
- Capitolo 1 – Delimitazioni ed Esclusioni dell' Assicurazione - da pag. 13

 - Capitolo 2 – Liquidazione dell'indennizzo - da pag. 15

 - Capitolo 3 – Livelli di servizio e penali - da pag. 23

 - Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata - da pag. 27

 - Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.) - da pag. 52

 - Modulo n. 3 – Visite e Diagnostica Privato - da pag. 70

 - Modulo n. 4 – Visite e Diagnostica S.S.N. - da pag. 107

 - Modulo n. 5 – Dentista - da pag. 141

 - Modulo n. 6 – Non Autosufficienza e Servizi Assistenziali - da pag. 176

 - Modulo n. 7 – Medicinali - da pag. 202

 - Modulo n. 8 – Lenti ed Occhiali - da pag. 211

 - Modulo n. 9 – Prevenzione - da pag. 227

 - Modulo n. 10 – Fisioterapia - da pag. 233

 - Modulo n. 11 – Medicina Alternativa - da pag. 243

 - Modulo n. 12 – Medicina Estetica - da pag. 250

- ALLEGATI

-
1. Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)

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

Sezione I

GLOSSARIO

Assicurato: la persona fisica (che potrebbe anche essere diversa dal Contraente) il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

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

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

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

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

CDA: condizioni di assicurazione.

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

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

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

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

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione e che è responsabile del versamento del premio.

Contratto di assicurazione a distanza: il contratto di assicurazione contro i danni stipulato tra la Società e il Contraente nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dalla Società che, per tale contratto, impiega esclusivamente una o più tecniche di comunicazione a distanza fino alla conclusione del contratto, compresa la conclusione del contratto stesso. Ad esempio contratto stipulato online.

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

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero.
- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata, relativa allo specifico evento.
- **Prestazioni Fisioterapiche** - la prestazione. La data evento è quella in cui è eseguita la prima prestazione relativa allo specifico evento.
- **Prestazioni Odontoiatriche** - la prestazione. La data evento è quella in cui è eseguita la prestazione relativa allo specifico evento.

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

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

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

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

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

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

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità,

all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

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

LTC - Long Term Care: "Cure a Lungo Termine" per fornire protezione e assistenza alle condizioni di non autosufficienza.

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

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

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

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

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

Modulo: una o più garanzie assicurative previste dalla Polizza.

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 con pagamento diretto e a tariffa agevolata mediante l'utilizzo della Card Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.it

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

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Protesi acustica (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione

qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CDA (Condizioni Generali di Assicurazione) fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

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

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per la valutazione di aneuploidie fetali.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.

Non rientrano nella definizione, e pertanto sono in ogni caso escluse dalla copertura assicurativa, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

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

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo 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 2020²

Patrimonio netto:	€ 367.891.567
di cui	
- capitale sociale:	€ 160.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 146.026.695,00
Indice di solvibilità ³ :	270%

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 Moduli nn. 1-12).

Per periodo di carenza si intende il periodo di tempo in cui, pur essendo stata attivata la copertura assicurativa, non è riconosciuto alcun indennizzo.

Le condizioni di assicurazione riportano i periodi di carenza, differenziati per tipologia di evento; pertanto, a seconda delle prestazioni eseguite, il periodo di carenza potrà avere diversa durata.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), di altra polizza, stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

In caso di mancato pagamento di una rata di premio, saranno applicati nuovamente i termini di carenza previsti in polizza nel paragrafo "Carenza" delle varie garanzie.

Esempio:

a) Ipotizziamo che il contratto assicurativo sia stato sottoscritto il 01/01/2019.

L'Assicurato che, in data 15/01/2019, si sia sottoposto ad "Intervento su anca e con impianto di protesi non conseguente a trauma" in clinica privata (Modulo 1) non avrà diritto al rimborso in quanto è prevista una carenza di 30 giorni.

b) Ipotizziamo che il contratto assicurativo sia stato sottoscritto il 01/01/2019.

¹ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

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

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

L'Assicurato che, in data 15/03/2019, si sia sottoposto ad "Intervento su anca e con impianto di protesi non conseguente a trauma" in clinica privata (Modulo 1) avrà diritto al rimborso nei termini di polizza.

Art. 4. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

Art. 5. Diritto di recesso - ripensamento

Avvertenza: La facoltà di recesso da parte del Contraente è preclusa.

Avvertenza: Il Contraente nel caso di conclusione del contratto a distanza ha la facoltà di esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla sottoscrizione del contratto, secondo quanto previsto dall'art. 67 duodecies del Codice del Consumo. Il diritto di ripensamento dovrà essere esercitato tramite invio di raccomandata a/r da spedire a: Intesa Sanpaolo 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

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

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato durante l'operatività del presente Contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio, come definite nei Moduli allegati.

Tali spese sono rimborsate fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nei singoli Moduli allegati.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

AVVERTENZA: 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 riportati nei singoli Moduli allegati 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.

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

Se il Contraente e/o l'Assicurato forniscono informazioni non complete e/o false che possono influenzare la valutazione del rischio, possono perdere o vedersi limitato il diritto all'indennizzo, nonché determinare la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Avvertenza: Se il Contraente e/o l'Assicurato non forniscono le informazioni adeguate, il contratto potrebbe non essere adeguato alle loro esigenze.

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

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Lo stesso vale anche nel caso in cui il medesimo rischio sia coperto da contratti stipulati dall'assicurato con Enti, Casse e Fondi integrativi sanitari.

È fatto salvo il diritto di regresso della Società e, quindi, la facoltà della Società di recuperare l'eventuale somma versata a titolo di pagamento del danno.

Per diritto di regresso si intende che la Società può chiedere la restituzione di quanto pagato a copertura del danno.

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

Il contratto di assicurazione ha una durata di 1, 3 o 5 anni a partire dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data di sottoscrizione salvo buon fine (SBF) dell'incasso del premio o della prima rata di premio; si precisa che il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie nel caso in

cui l'Assicurato si avvalga di uno o più professionisti o degli Istituti convenzionati con il Network non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Se il Contraente non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, **ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto**, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. **In questo caso il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie non è riconosciuto dalla Società fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).**

Trascorso il termine di cui sopra, la Società **ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del certificato, fermo il diritto ai premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.**

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

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:

- acquisto di 1 o più Moduli;
- acquisto di tutti i Moduli, usufruendo di uno sconto addizionale;
- estensione della copertura ad altri Assicurati;
- età dell'Assicurato;
- residenza dell'Assicurato;
- durata del contratto di assicurazione.

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società mediante una delle seguenti modalità di pagamento:

- a) carta di credito;
- b) addebito automatico sul conto corrente del Contraente (modalità SDD).

I predetti metodi di pagamento garantiscono i più elevati standard di protezione per un acquisto sicuro.

Il premio dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato come riportato sul certificato di polizza, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il premio dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

In ipotesi di modifica in corso di contratto del conto corrente bancario o degli estremi della carta di credito indicati ai fini del pagamento del premio, il Contraente ne deve dare tempestiva comunicazione alla Società, e comunque prima del termine previsto per l'addebito della successiva rata di premio. La modalità e la frequenza di pagamento del premio possono essere modificate in corso di contratto, comunicandolo alla Società 60 giorni prima dell'inizio della successiva annualità assicurativa e con effetto a partire da quest'ultima.

È data facoltà di estendere la copertura ad altri Assicurati esclusivamente in sede di sottoscrizione della Polizza e a condizione che siano acquistati gli stessi Moduli del titolare.

L'inclusione di altri Assicurati in un momento successivo alla decorrenza della polizza non è consentita, ad eccezione dei neonati, per i quali il Contraente può chiedere online l'inserimento in copertura entro il termine massimo di 30 (trenta) giorni dalla nascita.

Il premio dovuto è ricalcolato, per effetto dell'ingresso in copertura del neonato, secondo le condizioni di emissione; la quota di premio aggiuntiva viene addebitata, per il residuo di annualità in corso, in un'unica soluzione, anche nel caso in cui fosse stata prescelta la rateazione del premio. In caso di rinnovo tacito, a decorrere dalla successiva annualità assicurativa il premio ricalcolato in ragione dell'ingresso in copertura del neonato verrà addebitato secondo la periodicità di rateazione già prescelta dal Contraente oppure in base a diversa periodicità indicata dal Contraente con riferimento alla nuova annualità.

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

- riduzione media del 1,61% in caso di durata di 3 anni;
- riduzione media del 3,28% in caso di durata di 5 anni.

In caso di decesso dell'Assicurato si applicano le seguenti previsioni:

- in caso di decesso del Contraente che è anche unico Assicurato, il contratto si estingue ed il premio già versato alla Società rimane acquisito dalla stessa;
- in caso di decesso di un Assicurato che non sia Contraente:
 - se l'Assicurato è uno solo, il contratto si estingue ed il premio già versato alla Società rimane acquisito dalla stessa; nel caso in cui dovessero essere ancora versate delle ulteriori rate di premio per l'annualità assicurativa in corso, il Contraente rimane obbligato al pagamento delle stesse nei confronti della Società;
 - se vi sono più Assicurati, la copertura assicurativa prosegue per gli Assicurati superstiti. Per l'annualità in corso, il premio già versato rimane acquisito dalla Società; nel caso dovessero essere versate delle ulteriori rate di premio, il Contraente rimane obbligato al pagamento delle stesse nei confronti della Società, come da premio determinato in fase di emissione (comprensivo pertanto dell'Assicurato defunto), fino al termine dell'annualità assicurativa. In caso di tacito rinnovo della polizza, il premio dovuto dal Contraente per l'annualità successiva viene rideterminato alle condizioni di emissione ma in base al nuovo numero di Assicurati;
- in caso di decesso del Contraente che non sia Assicurato o che non sia l'unico Assicurato:
 - qualora il Contraente avesse già pagato l'intero premio annuo, la copertura assicurativa rimane attiva per gli Assicurati superstiti sino alla termine dell'annualità assicurativa in corso, al termine della quale il contratto si estingue, senza possibilità di rinnovo;
 - qualora il Contraente avesse selezionato la rateazione del premio, la copertura assicurativa cessa al termine del periodo temporale per il quale era stata pagata l'ultima rata di premio e non sono dovute le rate di premio ulteriori. In tale caso, i massimali annui si intendono ridotti in modo proporzionale all'effettivo periodo temporale di copertura, al termine del quale il contratto si estingue, senza possibilità di rinnovo.

Art. 12. Tacito rinnovo

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

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

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

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

Art. 13. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo intero, con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto in Euro. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE (Banca Centrale Europea).

Art. 14. Forma e modalità delle comunicazioni

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

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

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

Art. 15. Obblighi di consegna documentale

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

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

Art. 16. Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale,
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso,

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

Art. 17. 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. 18. Presenza di più coperture assicurative

Qualora l'Assicurato risulti già assicurato 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 dagli specifici Moduli 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.

Art. 19. Regime fiscale

Il premi sono sottoposti a tassa del 2,50%.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

Le imposte e gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli accessori della polizza e degli atti da essa dipendenti sono a carico del Contraente.

Art. 20. 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. 21. 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 Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. - Sede Legale - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE) oppure via telefax al numero 0110932609, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

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

Art. 22. 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 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE**Art. 23. 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. 24. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli infortuni avvenuti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
- 4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- 6) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 8) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- 9) l'interruzione volontaria della gravidanza;
- 10) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio rimborsabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, rimborsabili ai sensi di

polizza, per tumori maligni; iii) salvo quanto previsto nel Modulo 12 "Medicina Estetica", se inserito in copertura;

11) le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale);

12) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, salvo quanto previsto alla lettera C del Modulo 1 per "Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite", se inserito in copertura;

13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza;

14) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto nel Modulo 11 "Medicina Alternativa", se inserito in copertura;

15) ricoveri in lungodegenza;

16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assicurata di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;

17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;

18) gli interventi di chirurgia finalizzata alla cura dell'obesità (bariatrica), ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;

19) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero" del Modulo 1, lettera A, se inserito in copertura;

20) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);

21) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, salvo quanto previsto nel Modulo 9 "Prevenzione";

22) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;

23) ricoveri impropri;

24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;

25) le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza, salvo quanto previsto all'art. 23 "Patologie pregresse" delle CDA;

26) i parafarmaci e i medicinali non compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici;

27) infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;

28) partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione;

29) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Art. 25. Persone non assicurabili

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni. Per gli assicurati già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età la polizza potrà essere rinnovata fino al

termine dell'annualità assicurativa in cui l'assicurato raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta della polizza dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Se la polizza prevede più persone assicurate si fa riferimento all'età della persona più anziana; non possono essere rinnovate polizze con Assicurati di età pari o superiore a 80 anni.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, 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 2 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 26. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

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

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

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

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

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso. L'accertamento potrà essere disposto entro un termine minimo di 48 ore dalla denuncia del sinistro e comunque entro un termine massimo di sei mesi.

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

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

- certificato di morte dell'Assicurato;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;

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

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

Tutte le prestazioni sanitarie/odontoiatriche o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura ed il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'Assicurato.

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

Procedura operativa - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

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

La Centrale Operativa, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria. Qualora vengano richieste integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni viene quindi a decorrere dal giorno di ricezione della documentazione completa.

Il VoucherSalute® contiene evidenza delle eventuali spese che rimangono a carico dall'Assicurato (a titolo esemplificativo franchigie, scoperti).

Il rilascio del VoucherSalute® può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati: - **800.991.771** da telefono fisso (numero verde); - **+39 0422.17.44.207** da telefono cellulare e per chiamate dall'estero.

L'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- prestazione da effettuare.

L'Assicurato potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o alla app mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Compatibilmente con le disponibilità territoriali, saranno individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative (nel caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire l'impegno all'effettuazione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

L'Assicurato confermerà una delle strutture convenzionate proposte, ovvero potrà individuarne una diversa; in quest'ultimo caso non è garantita da parte della Centrale Operativa l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

Con riferimento alle prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come per esempio le prestazioni post ricovero) o nell'ipotesi in cui sia prossima la scadenza della copertura assicurativa, si ricorda all'Assicurato di richiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è 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.it o via fax, al numero 0422.17.44.707 – la seguente documentazione:

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione (sanitaria ed odontoiatrica).**

È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, accertamenti diagnostici e visite specialistiche.

Per le prestazioni diverse da quelle su indicate, la prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Per le prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendo anche la trasmissione della stessa in tale fase.

- **copia del tesserino "esenzione 048"** in caso di prestazioni oncologiche di follow-up;
- **in caso di infortunio:**

- ⇒ **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. **In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);**
- ⇒ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese 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 già trasmessa. Diversamente, trascorsi i predetti 7 giorni dalla scadenza del voucher, l'Assicurato dovrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, riallegando integralmente la documentazione necessaria. Il VoucherSalute® sarà rinnovabile a partire dal 20mo (ventesimo) giorno dalla sua emissione per un numero massimo di ulteriori due volte, quindi con una finestra complessiva di validità di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura **(Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2019; a partire dal 20/03/2019 l'Assicurato che non lo abbia ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che avrà 30 giorni di validità a decorrere dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non potrà più essere utilizzato. È consentita una ulteriore ri-emissione del VoucherSalute®, per una validità di ulteriori 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2019 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di ri-emissione, non potrà superare la data del 29/05/2019 - totale 90 gg. dal 01/03/2019).**

Qualora la richiesta di ri-emissione avvenga prima che siano trascorsi i 30 giorni di validità (e comunque dal 20mo giorno di emissione del Voucher stesso), gli eventuali giorni di validità non usufruiti andranno perduti.

Il VoucherSalute® non potrà essere annullato dall'Assicurato. Qualora l'Assicurato abbia, per motivi eccezionali, la necessità di farlo dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa.

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

L'Assicurato deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, del nuovo VoucherSalute®.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza di cui al successivo § b).

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

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

b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per ricovero)

Esclusivamente per la garanzia Ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

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

Il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale Operativa tramite mail all'indirizzo polizzeindividuali@intesasanpaolorbmsalute.it 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 Intesa Sanpaolo RBM Salute avrà visibilità del VoucherSalute® emesso, in modo da poterlo verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.

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

Nel caso in cui il Voucher 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 www.intesasanpaolorbmsalute.it (sezione Polizze Sanitarie Individuali – Modulistica) ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

- 1) **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. **Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.**
- 2) **cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;**
- 3) **prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, accertamenti diagnostici e visite specialistiche;**
- 4) **dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;**
- 5) **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta), intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se**

si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.

La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno;

6) copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.);

7) in caso di trattamenti fisioterapici:

- i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
- ii. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione.

Le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine della cura.

8) in caso di 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 rese 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).

9) quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

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

**INTESA SANPAOLO 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.it (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 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.

d) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Qualora l'Assicurato disponga di un accesso ad Internet potrà usufruire delle seguenti funzionalità.

Area riservata – Condizioni di assicurazione

Accedendo al sito www.intesasanpaolorbmsalute.it l'Assicurato potrà visualizzare le presenti Condizioni di Assicurazione all'interno dell'"Area riservata – Condizioni di assicurazione" presente nella sezione "Gestisci la tua polizza on line – Polizze individuali".

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

Area riservata – Sinistri

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

L'Assicurato potrà anche:

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

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

App mobile

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

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

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

CAPITOLO 3 - LIVELLI DI SERVIZIO E PENALI

Art. 27. Livelli di servizio minimi garantiti e penali a favore dell'assicurato

Intesa Sanpaolo 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 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 Società non sia riuscita a garantire i migliori livelli di servizio.

A) PRESTAZIONI CON PAGAMENTO DIRETTO (NETWORK)

A) Prestazioni Ospedaliere

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

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

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

ESEMPIO:

Caso 1:

Data emissione del VoucherSalute®: dopo 5 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 15.500,00;

Penale in favore dell'Assicurato: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto l'emissione del VoucherSalute® è avvenuta entro il Tempo Massimo previsto (7 giorni di calendario).

Caso 2:

Data emissione del VoucherSalute®: dopo 9 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 15.500,00;

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

Caso 3:

Data emissione del VoucherSalute®: dopo 15 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;

Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 15.500,00;

Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 31,00, in quanto la data di emissione del VoucherSalute® risulta con 8 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto (7 giorni di calendario).

B) Prestazioni sanitarie diverse dalla Ospedaliere

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

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari all'1% dell'ammontare della franchigia a suo carico. Tale importo sarà direttamente ridotto in fase di autorizzazione e scontato a beneficio dell'Assicurato in occasione del pagamento della franchigia presso la Struttura Sanitaria Convenzionata.

ESEMPIO:

Caso 1:

Data emissione del VoucherSalute®: dopo 5 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;

Ammontare della franchigia a carico dell'Assicurato: € 50,00;

Penale in favore dell'Assicurato: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto la prima prenotazione è avvenuta entro il Tempo Massimo previsto (7 giorni di calendario).

Caso 2:

Data emissione del VoucherSalute®: dopo 9 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;

Ammontare della franchigia a carico dell'Assicurato: € 50,00;

Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 1,00 da scontare in occasione del pagamento della franchigia presso la Struttura Sanitaria Convenzionata, in quanto la data di emissione del VoucherSalute® risulta con 2 giorni di calendario di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.

Caso 3:

Data emissione del VoucherSalute®: dopo 15 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;

Ammontare della franchigia a carico dell'Assicurato: € 50,00;

Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 4,00 da scontare in occasione del pagamento della franchigia presso la Struttura Sanitaria Convenzionata, in quanto la data di emissione del VoucherSalute® risulta con 8 giorni di calendario di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.

B) PRESTAZIONI A RIMBORSO

A) Prestazioni Ospedaliere

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

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

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

ESEMPIO:

Caso 1:

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

Ammontare del rimborso: € 10.000,00;

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: € 10.000,00;

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 € 5,00 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: € 10.000,00;

Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 20,00, in quanto la data chiusura pratica risulta con 8 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.

B) Prestazioni sanitarie diverse dalla Ospedaliere

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

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari allo 0,05% 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.

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

Art. 10 Altre assicurazioni/coperture

Art. 11 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

Art. 12 Tacito Rinnovo

Art. 14 Forma e modalità delle comunicazioni

Art. 18 Presenza di più coperture assicurative

Art. 23 Patologie pregresse

Art. 24 Esclusioni

Art. 25 Persone non assicurabili

Art. 26 Oneri in caso di Sinistro e procedura di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Marco Vecchietti

Amministratore Delegato e Direttore Generale



MODULO N. 1 BASE – RICOVERO CLINICA PRIVATA**Opzione STANDARD****A) RICOVERI**

La Società provvede al rimborso delle spese esclusivamente per i seguenti interventi chirurgici:

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Asportazione tumori dell'orbita
Interventi di cranioplastica
Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
Interventi sul plesso brachiale
Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

Ernia femorale
Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale
Interventi sulle paratiroidi
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per cisti o tumori del mediastino
Interventi per echinococcosi polmonare
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Angioplastica con eventuale stent
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Appendicectomia con peritonite diffusa
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi con esofagoplastica
Interventi di amputazione del retto-ano
Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococcosi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
Intervento per neoplasie pancreatiche
Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesciculectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
Isterectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costa cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea.

Con riferimento agli interventi sopra elencati, la Società assicura il rimborso delle seguenti spese:

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotetici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di **uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo**;
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, **con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente. Nel caso di richiesta di rimborso (e quindi nel caso in cui il ricovero non sia stato autorizzato in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute), la presente garanzia è prestata nel limite massimo di € 300 al giorno**;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

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

Trapianti

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera **ove non sussista disponibilità ospedaliera**, per un accompagnatore dell'Assistito, **debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).**

Nel caso in cui l'Assistito non acceda a Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, la garanzia è prestata nel limite massimo di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.

Trasporto sanitario

Il trasporto dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

La presente garanzia è prestata con un sub massimale di € 1.500 per evento.

* * *

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

- le spese relative ad un Ricovero Improprio, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assicurato;
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - a) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (ad esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, ove previsto;
 - b) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (ad esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO PRIVATO IN ISTITUTO DI CURA)

In occasione del ricovero in Istituto privato di Cura in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità fissa di € 35,00 calcolata per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE

L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro i limiti massimi previsti di € 2.500.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per i ricoveri di cui alla lettera A e C (Ricoveri e Interventi neonatali).

E' prevista una carenza di 271 giorni per i ricoveri di cui alla lettera B (Parto).
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- **€ 90.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 1.000 per evento.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000 e con sottomassimale di € 10.000 per evento.**

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 90.000,00

Costo dell'intervento Tiroidectomia totale in assistenza diretta € 15.800,00

Franchigia € 1.000,00

Prestazione autorizzata € 14.800,00

Regime rimborsuale

Massimale € 90.000,00

Richiesta di rimborso per intervento Tiroidectomia totale € 15.800,00

Scoperto 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con sottomassimale di € 10.000,00

Indennizzo € 10.000,00 (€ 15.800,00 – € 2000,00 = € 13.800,00 che essendo superiore al sottomassimale determina un indennizzo massimo pari a € 10.000,00, rimanendo a carico dell'Assicurato € 5.800,00, di cui € 2.000,00 a titolo di franchigia ed € 3.800,00 per superamento del sub-massimale).

MODULO N. 1 ALTA – RICOVERO CLINICA PRIVATA

Opzione STANDARD

A) RICOVERI

La Società provvede al rimborso delle spese esclusivamente per i seguenti interventi chirurgici:

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Asportazione tumori dell'orbita

Interventi di cranioplastica

Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale

Interventi sul plesso brachiale

Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

Ernia femorale

Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

Nodulectomia mammaria

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectmia)

Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Ricostruzione della catena ossicolare

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale

Interventi sulle paratiroidi

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per cisti o tumori del mediastino

Interventi per echinococcosi polmonare

Interventi per fistole bronchiali

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici

Pneumonectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo

Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario

Angioplastica con eventuale stent

Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

Interventi sul cuore per via toracotomica

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica

Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago

Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica

Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne

Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Appendicectomia con peritonite diffusa
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi con esofagoplastica
Interventi di amputazione del retto-ano
Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococcosi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
Intervento per neoplasie pancreatiche
Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesiculectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
Isterectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei

Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costa cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea.

Con riferimento agli interventi sopra elencati, la Società assicura il rimborso delle seguenti spese:

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di **uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo;**
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, **con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente. Nel caso di richiesta di rimborso (e quindi nel caso in cui il ricovero non sia stato autorizzato in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute), la presente garanzia è prestata nel limite massimo di € 300 al giorno;**
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

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

Trapianti

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera **ove non sussista disponibilità ospedaliera**, per un accompagnatore dell'Assistito, **debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).**

Nel caso in cui l'Assistito non acceda a Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, la garanzia è prestata nel limite massimo di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il **limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.**

Trasporto sanitario

Il trasporto dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

La presente garanzia è prestata con un sub massimale di € 1.500 per evento.

* * *

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

- **le spese relative ad un Ricovero Improprio, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assicurato;**
- **tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:**
 - c) **gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (ad esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la**

medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, ove previsto:

- d) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (ad esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO PRIVATO IN ISTITUTO DI CURA)

In occasione del ricovero in Istituto privato di Cura in regime di S.S.N. per parto per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità fissa di € 50,00 calcolata per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE

L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro i limiti massimi previsti di € 5.000.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per i ricoveri di cui alla lettera A e C (Ricoveri e Interventi neonatali).

E' prevista una carenza di 271 giorni per i ricoveri di cui alla lettera B (Parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- € 100.000

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 1.000 per evento.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000 e con sottomassimale di € 10.000 per evento.

Esempio opzione standard livello di protezione totale

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100.000,00

Costo dell'intervento Tiroidectomia totale in assistenza diretta € 15.800,00

Franchigia € 1.000,00

Prestazione autorizzata € 14.800,00

Regime rimborsuale

Massimale € 100.000,00

Richiesta di rimborso per intervento Tiroidectomia totale € 15.800,00

Scoperto 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con sottomassimale di € 10.000,00

Indennizzo € 10.000,00 (€ 15.800,00 – € 3.160,00 = € 12.640,00 che essendo superiore al sottomassimale determina un indennizzo massimo pari a € 10.000,00, rimanendo a carico dell'Assicurato € 5.800,00, di cui € 3.160,00 a titolo di franchigia ed € 2.640,00 per superamento del sub-massimale).

MODULO N. 1 TOTALE – RICOVERO CLINICA PRIVATA

Opzione STANDARD

A) RICOVERI

La Società provvede al rimborso delle spese esclusivamente per i seguenti interventi chirurgici:

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Asportazione tumori dell'orbita

Interventi di cranioplastica

Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale

Interventi sul plesso brachiale

Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

Ernia femorale

Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali

(intervento di cordectmia)
Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale
Interventi sulle paratiroidi
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per cisti o tumori del mediastino
Interventi per echinococchi polmonare
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Angioplastica con eventuale stent
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Appendicectomia con peritonite diffusa
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi con esofagoplastica
Interventi di amputazione del retto-ano
Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococchi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale

Intervento per neoplasie pancreatiche
Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesciculetomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
Isterectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costa cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea.

Con riferimento agli interventi sopra elencati, la Società assicura il rimborso delle seguenti spese:

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento - necessari al recupero dell'autonomia dell'Assistito; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di **uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo;**
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, **con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente. Nel caso di richiesta di rimborso (e quindi nel caso in cui il ricovero non sia stato autorizzato in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute), la presente garanzia è prestata nel limite massimo di € 300 al giorno;**
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

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

Trapianti

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assistito quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assistito che da parte di terzi.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

Nel caso in cui l'Assistito non acceda a Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, la garanzia è prestata nel limite massimo di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.

Trasporto sanitario

Il trasporto dell'Assistito presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

La presente garanzia è prestata con un sub massimale di € 1.500 per evento.

* * *

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

- le spese relative ad un Ricovero Improprio, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assicurato;
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - e) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (ad esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, ove previsto;
 - f) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (ad esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO PRIVATO IN ISTITUTO DI CURA)

In occasione del ricovero in Istituto privato di Cura in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità fissa di € 80,00 calcolata per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE

L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati **entro 1 anno dalla nascita ed entro i limiti massimi previsti di € 10.000.**

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per i ricoveri di cui alla lettera A e C (Ricoveri e Interventi neonatali).

E' prevista una carenza di 271 giorni per i ricoveri di cui alla lettera B (Parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- **€ 120.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 1.000 per evento.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000 e con sottomassimale di € 10.000 per evento.**

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 120.000,00

Costo dell'intervento Tiroidectomia totale in assistenza diretta € 15.800,00

Franchigia € 1.000,00

Prestazione autorizzata € 14.800,00

Regime rimborsuale

Massimale € 120.000,00

Richiesta di rimborso per intervento Tiroidectomia totale € 15.800,00

Scoperto 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con sottomassimale di € 10.000,00

Indennizzo € 10.000,00 (€ 15.800,00 - € 3.160,00 = € 12.640,00 che essendo superiore al sottomassimale determina un indennizzo massimo pari a € 10.000,00, rimanendo a carico dell'Assicurato € 5.800,00, di cui € 3.160,00 a titolo di franchigia ed € 2.640,00 per superamento del sub-massimale).

MODULO N. 1 – BASE - RICOVERO CLINICA PRIVATA

Opzione PLUS

A) RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTI AMBULATORIALI

La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per ricoveri resi necessari da malattia o da infortunio; interventi chirurgici, anche ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio; parto o aborto (**escluso l'aborto volontario**) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti:

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di **uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo**;
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, **con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente. Nel caso di richiesta di rimborso (e quindi nel caso in cui il ricovero non sia stato autorizzato nell'ambito di Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute), la presente garanzia è prestata nel limite massimo di € 300 al giorno**;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

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

Trapianti

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assicurato quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera **ove non sussista disponibilità ospedaliera**, per un accompagnatore dell'Assicurato, **debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).**

Nel caso in cui l'Assicurato non acceda a Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, la garanzia è prestata nel limite massimo di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.

Trasporto sanitario

Il trasporto dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanzze.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

La presente garanzia è prestata con un sub massimale di € 1.500 per evento.

* * *

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

- le spese relative ad un Ricovero Improprio, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assicurato;
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - g) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (ad esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, ove previsto;
 - h) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (ad esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO PRIVATO IN ISTITUTO DI CURA)

In occasione del ricovero in Istituto privato di Cura in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità fissa di € 35,00 calcolata per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE

L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro i limiti massimi previsti di € 2.500

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi “Prima del ricovero” e “Dopo il ricovero” di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per malattia.

E' prevista una carenza di 271 giorni per parto.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- **€ 90.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 1.000 per evento.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000 e con sottomassimale di € 8.000 per evento.**

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale €90.000,00

Costo dell'intervento Tiroidectomia totale in assistenza diretta €15.800,00

Franchigia €1.000,00

Prestazione autorizzata € 14.800,00

Regime rimborsuale

Massimale €90.000,00

Richiesta di rimborso per intervento Tiroidectomia totale €15.800,00

Scoperto 20%, con il minimo non indennizzabile di €2.000,00 e con sottomassimale di €8.000,00

Indennizzo €8.000,00 (€15.800,00 – €3.160,00 = €12.640,00 che essendo superiore al sottomassimale determina un indennizzo massimo pari a €8.000,00, rimanendo a carico dell'Assicurato €7.800,00, di cui €3.160,00 a titolo di franchigia ed €4.640,00 per superamento del sub-massimale).

MODULO N. 1 – ALTA - RICOVERO CLINICA PRIVATA

Opzione PLUS

A) RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTI AMBULATORIALI



La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per ricoveri resi necessari da malattia o da infortunio; interventi chirurgici, anche ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio; parto o aborto (**escluso l'aborto volontario**) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti:



Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento - necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di **uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo**;
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, **con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente. Nel caso di richiesta di rimborso (e quindi nel caso in cui il ricovero non sia stato autorizzato nell'ambito di Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute), la presente garanzia è prestata nel limite massimo di € 300 al giorno**;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

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

Trapianti

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assicurato quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.

Rette di degenza dell'Accompagnatore



Il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera **ove non sussista disponibilità ospedaliera**, per un accompagnatore dell'Assicurato, **debitamente documentate (fatture, notule, ricevute).**

Nel caso in cui l'Assicurato non acceda a Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, la garanzia è prestata nel limite massimo di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.



Trasporto sanitario



Il trasporto dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

La presente garanzia è prestata con un sub massimale di € 1.500 per evento.

* * *

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

- le spese relative ad un Ricovero Improprio, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assicurato;
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - i) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (ad esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, ove previsto;
 - j) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (ad esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO PRIVATO IN ISTITUTO DI CURA)

In occasione del ricovero in Istituto privato di Cura in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità fissa di € 50,00 calcolata per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.



C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE



L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro i limiti massimi previsti di € 5.000

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per malattia

E' prevista una carenza di 271 giorni per parto.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- € 100.000

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 1.000 per evento.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000 e con sottomassimale di € 8.000 per evento.

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100.000,00

Costo dell'intervento Tiroidectomia totale in assistenza diretta € 15.800,00

Franchigia € 1.000,00

Prestazione autorizzata € 14.800,00

Regime rimborsuale

Massimale € 100.000,00

Richiesta di rimborso per intervento Tiroidectomia totale € 15.800,00

Scoperto 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con sottomassimale di € 8.000,00

Indennizzo € 8.000,00 (€ 15.800,00 – € 3.160,00 = € 12.640,00 che essendo superiore al sottomassimale determina un indennizzo massimo pari a € 8.000,00, rimanendo a carico dell'Assicurato € 7.800,00, di cui € 3.160,00 a titolo di franchigia ed € 4.640,00 per superamento del sub-massimale).

MODULO N. 1 – TOTALE - RICOVERO CLINICA PRIVATA

Opzione PLUS

A) RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTI AMBULATORIALI

La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per ricoveri resi necessari da malattia o da infortunio; interventi chirurgici, anche ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio; parto o aborto (**escluso l'aborto volontario**) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti:

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento – necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di **uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo**;
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, **con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente. Nel caso di richiesta di rimborso (e quindi nel caso in cui il ricovero non sia stato autorizzato nell'ambito di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute), la presente garanzia è prestata nel limite massimo di € 300 al giorno**;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

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

Trapianti

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assicurato quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

Il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera **ove non sussista disponibilità ospedaliera**, per un accompagnatore dell'Assicurato, **debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).**



Nel caso in cui l'Assicurato non acceda a Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, la garanzia è prestata nel limite massimo di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il **limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.**



Trasporto sanitario

Il trasporto dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.



Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

La presente garanzia è prestata con un sub massimale di € 1.500 per evento.

* * *

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

- le spese relative ad un Ricovero Improprio, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assicurato;
- tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub-massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - k) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (ad esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale presente in polizza, ove previsto;
 - l) gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (ad esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO PRIVATO IN ISTITUTO DI CURA)

In occasione del ricovero in Istituto privato di Cura in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità fissa di € 80,00 calcolata per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.



E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE



L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro i limiti massimi previsti di € 10.000

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per malattia.

E' prevista una carenza di 271 giorni per parto.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- € 120.000

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con INTESA SANPAOLO RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 1.000 per evento.

In Strutture non Convenzionate con INTESA SANPAOLO RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000 e con sottomassimale di € 8.000 per evento.

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 120.000,00

Costo dell'intervento Tiroidectomia totale in assistenza diretta € 15.800,00

Franchigia € 1.000,00

Prestazione autorizzata € 14.800,00

Regime rimborsuale

Massimale € 120.000,00

Richiesta di rimborso per intervento Tiroidectomia totale € 15.800,00

Scoperto 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000,00 e con sottomassimale di € 8.000,00

Indennizzo € 8.000,00 (€ 15.800,00 – € 3.160,00 = € 12.640,00 che essendo superiore al sottomassimale determina un indennizzo massimo pari a € 8.000,00, rimanendo a carico dell'Assicurato € 7.800,00, di cui € 3.160,00 a titolo di franchigia ed € 4.640,00 per superamento del sub-massimale).

MODULO N. 2 – BASE - RICOVERO OSPEDALE (S.S.N.)

Opzione STANDARD

A) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO IN OSPEDALE (S.S.N.)



Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso per spese sostenute per intervento chirurgico durante il ricovero in Ospedale (S.S.N.), la Società corrisponde un'indennità fissa di € 35,00 calcolata per ciascuno giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

Gli interventi chirurgici che danno diritto ad essere coperti dalla presente garanzia sono i seguenti:

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Asportazione tumori dell'orbita

Interventi di cranioplastica

Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale

Interventi sul plesso brachiale

Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

Ernia femorale

Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectmia)

Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale

Interventi sulle paratiroidi

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per cisti o tumori del mediastino

Interventi per echinococcosi polmonare

Interventi per fistole bronchiali

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici

Pneumonectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo

Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario

Angioplastica con eventuale stent

Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

Interventi sul cuore per via toracotomica

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica

Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Appendicectomia con peritonite diffusa
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi con esofagoplastica
Interventi di amputazione del retto-ano
Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococcosi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
Intervento per neoplasie pancreatiche
Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesciculectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
Isterectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale

Intervento per dito a scatto

Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne

Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei

Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne

Interventi di stabilizzazione vertebrale

Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma

Interventi per costa cervicale

Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma

Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma

Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni

Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sostenute **nei 90 giorni precedenti e 90 successivi al ricovero, limitatamente ai ticket sanitari a carico dell'Assicurato pagati al Servizio Sanitario Nazionale ed entro il limite massimo del 35% dell'indennità sostitutiva corrisposta.**

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

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

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO IN OSPEDALE - S.S.N.)



In occasione del ricovero in Ospedale o in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità di € 80 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per l'indennità di cui alla lettera A (Indennità per ricovero).

E' prevista una carenza di 271 giorni per l'indennità di cui alla lettera B (Indennità per parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Ricovero in regime SSN dal 15 gennaio al 18 gennaio per parto cesareo

Regime rimborsuale

Giorni di ricovero: 3

Indennità giornaliera: € 80,00

Indennizzo € 240,00

MODULO N. 2 – ALTA - RICOVERO OSPEDALE (S.S.N.)

Opzione STANDARD

A) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO IN OSPEDALE (S.S.N.)



Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso per spese sostenute per intervento chirurgico durante il ricovero in Ospedale (S.S.N.), la Società corrisponde un'indennità fissa di € 50,00 calcolata per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

Gli interventi chirurgici che danno diritto ad essere coperti dalla presente garanzia sono i seguenti:

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
Asportazione tumori dell'orbita
Interventi di cranioplastica
Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
Interventi per ernia del disco e/o per mieelopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
Interventi sul plesso brachiale
Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

Ernia femorale
Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare
Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale
Interventi sulle paratiroidi
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per cisti o tumori del mediastino
Interventi per echinococcosi polmonare
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Pneumonectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Angioplastica con eventuale stent
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Appendicectomia con peritonite diffusa
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi con esofagoplastica
Interventi di amputazione del retto-ano
Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococcosi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
Intervento per neoplasie pancreatiche
Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesicuclectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia

Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
Isterectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costa cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sostenute **nei 90 giorni precedenti e 90 successivi al ricovero, limitatamente ai ticket sanitari a carico dell'Assicurato pagati al Servizio Sanitario Nazionale ed entro il limite massimo del 35% dell'indennità sostitutiva corrisposta.**

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

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

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO IN OSPEDALE - S.S.N.)



In occasione del ricovero in Ospedale o in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di **un'indennità di € 80 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.** E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per l'indennità di cui alla lettera A (Indennità per ricovero).

E' prevista una carenza di 271 giorni per l'indennità di cui alla lettera B (Indennità per parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Ricovero in regime SSN dal 15 gennaio al 18 gennaio per parto cesareo

Regime rimborsuale

Giorni di ricovero: 3

Indennità giornaliera: € 80,00

Indennizzo € 240,00

MODULO N. 2 – TOTALE - RICOVERO OSPEDALE (S.S.N.)**Opzione STANDARD****A) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO IN OSPEDALE (S.S.N.)**

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso per spese sostenute per intervento chirurgico durante il ricovero in Ospedale (S.S.N.), la Società corrisponde **un'indennità fissa di € 80,00 calcolata per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa,** per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

Gli interventi chirurgici che danno diritto ad essere coperti dalla presente garanzia sono i seguenti:

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Asportazione tumori dell'orbita

Interventi di cranioplastica

Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale

Interventi sul plesso brachiale

Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

Ernia femorale

Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectmia)

Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale

Interventi sulle paratiroidi

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per cisti o tumori del mediastino

Interventi per echinococchi polmonare

Interventi per fistole bronchiali

Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici

Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo

Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario

Angioplastica con eventuale stent

Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi

Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica

Interventi sul cuore per via toracotomica

Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica

Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago

Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica

Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne

Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne

Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica

Appendicectomia con peritonite diffusa

Chirurgia gastrointestinale per perforazioni

Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

Drenaggio di ascesso epatico

Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

Interventi chirurgici per ipertensione portale

Interventi con esofagoplastica

Interventi di amputazione del retto-ano

Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica

Interventi per echinococchi epatica

Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale

Intervento per neoplasie pancreatiche

Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica

Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica

Intervento per fistola gastro-digiunocolica

Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesciculetomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
Isterectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costa cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sostenute **nei 90 giorni precedenti e 90 successivi al ricovero, limitatamente ai ticket sanitari a carico dell'Assicurato pagati al Servizio Sanitario Nazionale ed entro il limite massimo del 35% dell'indennità sostitutiva corrisposta.**

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

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

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO IN OSPEDALE - S.S.N.)

In occasione del ricovero in Ospedale o in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di **un'indennità di € 80 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.** E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.



CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per l'indennità di cui alla lettera A (Indennità per ricovero).

E' prevista una carenza di 271 giorni per l'indennità di cui alla lettera B (Indennità per parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Esempio opzione standard livello di protezione totale:
Ricovero in regime SSN dal 15 gennaio al 18 gennaio per parto cesareo

Regime rimborsuale

Giorni di ricovero: 3
Indennità giornaliera: € 80,00
Indennizzo € 240,00

MODULO N. 2 – BASE - RICOVERO OSPEDALE (S.S.N.)

Opzione PLUS

A) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO E/O INTERVENTO CHIRURGICO IN OSPEDALE (S.S.N.), DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTO AMBULATORIALE



Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso per spese sostenute per ricoveri con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Chirurgici Ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio ed effettuati in Ospedale o in regime di S.S.N., la Società corrisponde **un'indennità fissa di € 35,00 calcolata per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa,** per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sostenute **nei 90 giorni precedenti e 90 successivi al ricovero, limitatamente ai ticket sanitari a carico dell'Assicurato pagati al Servizio Sanitario Nazionale ed entro il limite massimo del 35% dell'indennità sostitutiva corrisposta.**

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

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

In caso di Day Hospital/Day Surgery la diaria viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un

unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Ricovero senza intervento in regime SSN dal 15 gennaio al 20 gennaio

Regime rimborsuale

Giorni di ricovero: 5

Indennità giornaliera: € 35,00

Indennizzo € 175,00

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO IN OSPEDALE - S.S.N.)

In occasione del ricovero in Ospedale o in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di **un'indennità di € 80 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.** E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.



CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per l'indennità di cui alla lettera A (Indennità per ricovero).

E' prevista una carenza di 271 giorni per l'indennità di cui alla lettera B (Indennità per parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Ricovero in regime SSN dal 15 gennaio al 18 gennaio per parto cesareo

Regime rimborsuale

Giorni di ricovero: 3

Indennità giornaliera: € 80,00

Indennizzo € 240,00

MODULO N. 2 – ALTA - RICOVERO OSPEDALE (S.S.N.)

Opzione PLUS

A) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO E/O INTERVENTO CHIRURGICO IN OSPEDALE (S.S.N.), DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTO AMBULATORIALE



Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso per spese sostenute per ricoveri con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Chirurgici Ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio ed effettuati in Ospedale o in regime di S.S.N., la Società corrisponde **un'indennità fissa di € 50,00 calcolata per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sostenute **nei 90 giorni precedenti e 90 successivi al ricovero, limitatamente ai ticket sanitari a carico dell'Assicurato pagati al Servizio Sanitario Nazionale ed entro il limite massimo del 35% dell'indennità sostitutiva corrisposta.**

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

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

In caso di Day Hospital/Day Surgery la diaria viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Ricovero senza intervento in regime SSN dal 15 gennaio al 20 gennaio

Regime rimborsuale

Giorni di ricovero: 5

Indennità giornaliera: € 50,00

Indennizzo € 250,00

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO IN OSPEDALE - S.S.N.)

In occasione del ricovero in Ospedale o in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di **un'indennità di € 80 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.** E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.



La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO**Carenza**

E' prevista una carenza di 30 giorni per l'indennità di cui alla lettera A (Indennità per ricovero).

E' prevista una carenza di 271 giorni per l'indennità di cui alla lettera B (Indennità per parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Ricovero in regime SSN dal 15 gennaio al 18 gennaio per parto cesareo

Regime rimborsuale

Giorni di ricovero: 3

Indennità giornaliera: € 80,00

Indennizzo € 240,00

MODULO N. 2 – TOTALE - RICOVERO OSPEDALE (S.S.N.)**Opzione PLUS****A) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO E/O INTERVENTO CHIRURGICO IN OSPEDALE (S.S.N.), DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTO AMBULATORIALE**

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso per spese sostenute per ricoveri con o senza intervento chirurgico, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Chirurgici Ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio ed effettuati in Ospedale o in regime di S.S.N., la Società corrisponde **un'indennità fissa di € 80,00 calcolata per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa,** per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sostenute **nei 90 giorni precedenti e 90 successivi al ricovero, limitatamente ai ticket sanitari a carico dell'Assicurato pagati al Servizio Sanitario Nazionale ed entro il limite massimo del 35% dell'indennità sostitutiva corrisposta.**

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro **90 giorni successivi** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

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

In caso di Day Hospital/Day Surgery la diaria viene corrisposta per ogni giorno di degenza diurna.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Ricovero senza intervento in regime SSN dal 15 gennaio al 20 gennaio

Regime rimborsuale

Giorni di ricovero: 5

Indennità giornaliera: € 80,00

Indennizzo € 400,00

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO IN OSPEDALE - S.S.N.)

In occasione del ricovero in Ospedale o in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di **un'indennità di € 80 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero.** E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.



La presente garanzia non prevede il rimborso delle prestazioni contenute nei paragrafi "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero" di cui alla lettera A.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per l'indennità di cui alla lettera A (Indennità per ricovero).

E' prevista una carenza di 271 giorni per l'indennità di cui alla lettera B (Indennità per parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Ricovero in regime SSN dal 15 gennaio al 18 gennaio per parto cesareo

Regime rimborsuale

Giorni di ricovero: 3

Indennità giornaliera: € 80,00

Indennizzo € 240,00

MODULO N. 3 BASE – VISITE E DIAGNOSTICA PRIVATO

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente

Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie

Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie

Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Aortografia

Broncografia

Cavernosografia

Cisternografia

Cistografia

Cistografia/ doppio contrasto

Cistografia minzionale

Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)

Cistoscopia diagnostica

Esofagogastroduodenoscopia

Pancolonscopia diagnostica

Rettoscopia diagnostica

Rettosigmoidoscopia diagnostica

Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella

Emogasanalisi arteriosa

Laserterapia a scopo fisioterapico

Lavaggi bronco alveolare endoscopico

Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

Chemioterapia

Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 1.500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 35 per prestazione.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 55 per prestazione.**

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00

Costo della Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 35,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 210,00 a carico della Società e € 35,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 55,00

Indennizzo € 190,00 (€ 245,00 – € 55,00)

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 300

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con INTESA SANPAOLO RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 30 per prestazione.

In Strutture non Convenzionate con INTESA SANPAOLO RBM Salute

E' previsto un rimborso massimo pari a € 25 per prestazione.

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 300,00

Costo della Visita ortopedica € 150,00

Franchigia € 30,00

Prestazione autorizzata € 150,00 di cui € 120,00 a carico della Società e € 30,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 300,00

Richiesta di rimborso per Visita ortopedica € 150,00

Massimo rimborsabile € 25,00

Indennizzo € 25,00

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione".

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme ai documenti di spesa (fatture e ricevute), copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 150

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute con l'applicazione di una franchigia pari ad € 20 per fattura.

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 150,00

Costo RX torace € 65,00

Franchigia € 20,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 45,00 a carico della Società e € 20,00 a carico dell'Assicurato

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate soltanto in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, alle seguenti condizioni:

Assistenza in gravidanza

- Test genetici prenatali non invasivi (esempio Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale.

Assistenza post parto

- Supporto psicologico: entro 3 mesi dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa ed entro un numero massimo di 1 visita psicologica.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 350

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia di € 25 per le visite di controllo ostetrico ginecologico e una franchigia di € 55 per i test genetici prenatali non invasivi.
Non è prevista franchigia in caso di visita di supporto psicologico.

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visite di controllo ostetrico ginecologico € 110,00

Franchigia € 25,00

Prestazione autorizzata € 110,00 di cui € 85,00 a carico della Società e € 25,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 3 ALTA – VISITE E DIAGNOSTICA PRIVATO

Opzione STANDARD

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente

Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie

Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie

Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Aortografia

Broncografia

Cavernosografia

Cisternografia

Cistografia

Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori

Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)

Cistoscopia diagnostica

Esofagogastroduodenoscopia

Pancoloscopia diagnostica

Rettoscopia diagnostica

Rettosigmoidoscopia diagnostica

Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella

Emogasanalisi arteriosa

Laserterapia a scopo fisioterapico

Lavaggi bronco alveolare endoscopico

Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

Chemioterapia

Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 3.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 35 per prestazione.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 55 per prestazione.**

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 3.000,00

Costo della Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 35,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 210,00 a carico della Società e € 35,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 3.000,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 55,00

Indennizzo € 190,00 (€ 245,00 - € 55,00)

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 500

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 30 per prestazione.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' previsto un rimborso massimo pari a € 25 per prestazione.

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della Visita ortopedica € 150,00

Franchigia € 30,00

Prestazione autorizzata € 150,00 di cui € 120,00 a carico della Società e € 30,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 500,00

Richiesta di rimborso per Visita ortopedica € 150,00

Massimo rimborsabile € 25,00

Indennizzo € 25,00

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione".

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme ai documenti di spesa (fatture e ricevute), copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 300

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute con l'applicazione di una franchigia pari ad € 20 per fattura.

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 300,00

Costo RX torace € 65,00

Franchigia € 20,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 45,00 a carico della Società e € 20,00 a carico dell'Assicurato

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate soltanto in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, alle seguenti condizioni:

Assistenza in gravidanza

- Test genetici prenatali non invasivi (esempio Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale.

Assistenza post parto

- Supporto psicologico: entro 3 mesi dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa ed entro un numero massimo di 1 visita psicologica.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 500

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia di € 25 per le visite di controllo ostetrico ginecologico e una franchigia di € 55 per i test genetici prenatali non invasivi.
Non è prevista franchigia in caso di visita di supporto psicologico.

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo visite di controllo ostetrico ginecologico € 110,00

Franchigia € 25,00

Prestazione autorizzata € 110,00 di cui € 85,00 a carico della Società e € 25,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 3 TOTALE - VISITE E DIAGNOSTICA PRIVATO

Opzione STANDARD

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente

Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie

Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie

Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Aortografia

Broncografia

Cavernosografia

Cisternografia

Cistografia

Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori

Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)

Cistoscopia diagnostica

Esofagogastroduodenoscopia

Pancoloscopia diagnostica

Rettoscopia diagnostica

Rettosigmoidoscopia diagnostica

Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella

Emogasanalisi arteriosa

Laserterapia a scopo fisioterapico

Lavaggi bronco alveolare endoscopico

Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

Chemioterapia

Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO**Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 6.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 35 per prestazione.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 55 per prestazione.**

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 6.000,00

Costo della Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 35,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 210,00 a carico della Società e € 35,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 6.000,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 55,00

Indennizzo € 190,00 (€ 245,00 – € 55,00)

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 700

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 30 per prestazione.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' previsto un rimborso massimo pari a € 25 per prestazione.

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 700,00

Costo della Visita ortopedica € 150,00

Franchigia € 30,00

Prestazione autorizzata € 150,00 di cui € 120,00 a carico della Società e € 30,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 700,00

Richiesta di rimborso per Visita ortopedica € 150,00

Massimo rimborsabile € 25,00

Indennizzo € 25,00

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione".

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme ai documenti di spesa (fatture e ricevute), copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 500

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute con l'applicazione di una franchigia pari ad € 20 per fattura.

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo RX torace € 65,00

Franchigia € 20,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 45,00 a carico della Società e € 20,00 a carico dell'Assicurato

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate soltanto in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, alle seguenti condizioni:

Assistenza in gravidanza

- Test genetici prenatali non invasivi (esempio Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale.

Assistenza post parto

- Supporto psicologico: entro 3 mesi dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa ed entro un numero massimo di 1 visita psicologica.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 750

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia di € 25 per le visite di controllo ostetrico ginecologico e una franchigia di € 55 per i test genetici prenatali non invasivi.
Non è prevista franchigia in caso di visita di supporto psicologico.

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 750,00

Costo visite di controllo ostetrico ginecologico € 110,00

Franchigia € 25,00

Prestazione autorizzata € 110,00 di cui € 85,00 a carico della Società e € 25,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 3 BASE – VISITE E DIAGNOSTICA PRIVATO

Opzione PLUS

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente

Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie

Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie

Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Aortografia

Broncografia

Cavernosografia

Cisternografia

Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color

Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare

Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Pancoloscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 1.500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 25 per prestazione.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 35 per prestazione.**

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00

Costo della Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 25,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 220,00 a carico della Società e € 25,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 35,00

Indennizzo € 210,00 (€ 245,00 - € 35,00)

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 300

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 15 per prestazione.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' previsto un rimborso massimo pari a € 50 per prestazione.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 300,00

Costo della Visita ortopedica € 150,00

Franchigia € 15,00

Prestazione autorizzata € 150,00 di cui € 135,00 a carico della Società e € 15,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 300,00

Richiesta di rimborso per Visita ortopedica € 150,00

Massimo rimborsabile € 50,00

Indennizzo € 50,00

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione".

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme ai documenti di spesa (fatture e ricevute), copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 150

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute con l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per fattura.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 150,00

Costo RX torace € 65,00

Franchigia € 10,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 55,00 a carico della Società e € 10,00 a carico dell'Assicurato

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate soltanto in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa, alle seguenti condizioni:

Assistenza in gravidanza

- Test genetici prenatali non invasivi (esempio Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale;

Assistenza post parto

- Supporto psicologico: entro 3 mesi dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa ed entro un numero massimo di 3 visite psicologiche;
- Week end benessere: entro 1 anno dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa, è previsto il seguente pacchetto complessivo di prestazioni:
 - o visita dietologica;
 - o incontro nutrizionista;
 - o incontro personal trainer;
 - o lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico;
 - o trattamento termale;
 - o sauna;
 - o massaggi.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 350

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia di € 15 per le visite di controllo ostetrico ginecologico e una franchigia di € 35 per i test genetici prenatali non invasivi.

Non è prevista franchigia in caso di visite di supporto psicologico e delle prestazioni rientranti nel Week end benessere.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visite di controllo ostetrico ginecologico € 110,00

Franchigia € 15,00

Prestazione autorizzata € 110,00 di cui € 95,00 a carico della Società e € 15,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 3 ALTA – VISITE E DIAGNOSTICA PRIVATO

Opzione PLUS

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente



Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie
Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie
Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
Aortografia
Broncografia
Cavernosografia
Cisternografia
Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma

Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Pancolonscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 3.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 25 per prestazione.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 35 per prestazione.**

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 3.000,00

Costo della Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 25,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 220,00 a carico della Società e € 25,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 3.000,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 35,00

Indennizzo € 210,00 (€ 245,00 - € 35,00)

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, **con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.**

Rientra in garanzia **esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.**

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 15 per prestazione.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' previsto un rimborso **massimo pari a € 50 per prestazione.**

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della Visita ortopedica € 150,00

Franchigia € 15,00

Prestazione autorizzata € 150,00 di cui € 135,00 a carico della Società e € 15,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 500,00

Richiesta di rimborso per Visita ortopedica € 150,00

Massimo rimborsabile € 50,00

Indennizzo € 50,00



C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione".

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme ai documenti di spesa (fatture e ricevute), copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 300**

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito **vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute con l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per fattura.**

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 300,00

Costo RX torace € 65,00

Franchigia € 10,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 55,00 a carico della Società e € 10,00 a carico dell'Assicurato

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un **numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).**

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate soltanto in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa**, alle seguenti condizioni:

Assistenza in gravidanza

- Test genetici prenatali non invasivi (esempio Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale;

Assistenza post parto

- Supporto psicologico: **entro 3 mesi dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa ed entro un numero massimo di 3 visite psicologiche;**
- Week end benessere: **entro 1 anno dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa**, è previsto il seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- o visita dietologica;
- o incontro nutrizionista;
- o incontro personal trainer;
- o lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico;
- o trattamento termale;
- o sauna;
- o massaggi.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 500

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia di € 15 per le visite di controllo ostetrico ginecologico e una franchigia di € 35 per i test genetici prenatali non invasivi.

Non è prevista franchigia in caso di visite di supporto psicologico e delle prestazioni rientranti nel Week end benessere.

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo visite di controllo ostetrico ginecologico € 110,00

Franchigia € 15,00

Prestazione autorizzata € 110,00 di cui € 95,00 a carico della Società e € 15,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 3 TOTALE – VISITE E DIAGNOSTICA PRIVATO

Opzione PLUS

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali



Radiografia (Rx) esofago
Radiografia (Rx) esofago esame diretto
Radiografia (Rx) tenue seriato
Radiografia (Rx) tubo digerente
Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie
Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie
Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
Aortografia
Broncografia
Cavernosografia
Cisternografia
Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia

Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma

Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Pancolonscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 6.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 25 per prestazione.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 35 per prestazione.**

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 6.000,00

Costo della Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 25,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 220,00 a carico della Società e € 25,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 6.000,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 245,00

Franchigia € 35,00

Indennizzo € 210,00 (€ 245,00 - € 35,00)

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, **con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.**

Rientra in garanzia **esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.**

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 700**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 15 per prestazione.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' previsto un rimborso **massimo pari a € 50 per prestazione.**

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 700,00

Costo della Visita ortopedica € 150,00

Franchigia € 15,00

Prestazione autorizzata € 150,00 di cui € 135,00 a carico della Società e € 15,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 700,00

Richiesta di rimborso per Visita ortopedica € 150,00

Massimo rimborsabile € 50,00

Indennizzo € 50,00

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

La Società provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione".

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme ai documenti di spesa (fatture e ricevute), copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 500**

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito **vengono liquidate direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute con l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per fattura.**

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo RX torace € 65,00

Franchigia € 10,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 55,00 a carico della Società e € 10,00 a carico dell'Assicurato

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un **numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).**

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

La Società provvede anche al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate soltanto in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa**, alle seguenti condizioni:

Assistenza in gravidanza

- Test genetici prenatali non invasivi (esempio Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale;

Assistenza post parto

- Supporto psicologico: **entro 3 mesi dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa ed entro un numero massimo di 3 visite psicologiche**;
- Week end benessere: **entro 1 anno dal parto avvenuto durante la copertura assicurativa**, è previsto il seguente pacchetto complessivo di prestazioni:
 - o visita dietologica;
 - o incontro nutrizionista;
 - o incontro personal trainer;
 - o lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico;
 - o trattamento termale;
 - o sauna;
 - o massaggi.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 750**

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di **una franchigia di € 15 per le visite di controllo ostetrico ginecologico e una franchigia di € 35 per i test genetici prenatali non invasivi.**

Non è prevista franchigia in caso di visite di supporto psicologico e delle prestazioni rientranti nel Week end benessere.

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 750,00

Costo visite di controllo ostetrico ginecologico € 110,00

Franchigia € 15,00

Prestazione autorizzata € 110,00 di cui € 95,00 a carico della Società e € 15,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 4 BASE – VISITE E DIAGNOSTICA S.S.N.**Opzione STANDARD**

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per i seguenti accertamenti diagnostici di alta specializzazione, conseguenti a malattia o a infortunio.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

**Radiologia convenzionale (senza contrasto)**

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente

Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie

Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie

Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Aortografia

Broncografia

Cavernosografia

Cisternografia

Cistografia

Cistografia/ doppio contrasto

Cistografia minzionale

Clisma opaco con doppio contrasto

Colangiografia/colangiografia percutanea

Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Pancolonscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 150**

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 10 per ticket.**

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 150,00
Rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 46,15
Franchigia € 10,00
Indennizzo € 36,15

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, **con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.**

Rientra in garanzia **esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.**

Per quanto riguarda le visite specialistiche, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica o del referto specialistico contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 100

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Rimborso del Ticket € 30,50

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 20,50

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione" e i ticket sanitari di pronto soccorso.



Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 100

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 36,15

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Per quanto riguarda il pacchetto maternità, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 100

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per prestazione.

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 36,15

MODULO N. 4 ALTA – VISITE E DIAGNOSTICA S.S.N.

Opzione STANDARD

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per i seguenti accertamenti diagnostici di alta specializzazione, conseguenti a malattia o a infortunio.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare
Mammografia
Mammografia bilaterale
Ortopanoramica
Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto
Radiografia (Rx) di organo apparato
Radiografia (Rx) endorali
Radiografia (Rx) esofago
Radiografia (Rx) esofago esame diretto
Radiografia (Rx) tenue seriato
Radiografia (Rx) tubo digerente
Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie
Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie
Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
Aortografia
Broncografia
Cavernosografia
Cisternografia
Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica

Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la

miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziati evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Pancolonscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 200

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 200,00

Rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 46,15

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 36,15

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica o del referto specialistico contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 150

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Rimborso del Ticket € 30,50

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 20,50

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione" e i ticket sanitari di pronto soccorso.



Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 150

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 36,15

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Per quanto riguarda il pacchetto maternità, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso

necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 150

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per prestazione.

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 36,15

MODULO N. 4 TOTALE – VISITE E DIAGNOSTICA S.S.N.

Opzione STANDARD

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per i seguenti accertamenti diagnostici di alta specializzazione, conseguenti a malattia o a infortunio.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale

Ortopanoramica

Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto

Radiografia (Rx) di organo apparato

Radiografia (Rx) endorali

Radiografia (Rx) esofago

Radiografia (Rx) esofago esame diretto

Radiografia (Rx) tenue seriato

Radiografia (Rx) tubo digerente

Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie

Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie

Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)

Aortografia
Broncografia
Cavernosografia
Cisternografia
Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore

Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Pancoloscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO**Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 300**

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 10 per ticket.**

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 300,00

Rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 46,15

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 36,15

B) VISITE SPECIALISTICHE

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica o del referto specialistico contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 250

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Rimborso del Ticket € 30,50

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 20,50

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione" e i ticket sanitari di pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 250

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 36,15

D) PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale (elevate a 6 per gravidanza a rischio). Per quanto riguarda il pacchetto maternità, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa. Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 250

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per prestazione.

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Franchigia € 10,00

Indennizzo € 36,15

MODULO N. 4 BASE – VISITE E DIAGNOSTICA S.S.N.

Opzione PLUS

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;
Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per i seguenti accertamenti diagnostici di alta specializzazione, conseguenti a malattia o a infortunio.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare
Mammografia
Mammografia bilaterale
Ortopanoramica
Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto
Radiografia (Rx) di organo apparato
Radiografia (Rx) endorali
Radiografia (Rx) esofago
Radiografia (Rx) esofago esame diretto
Radiografia (Rx) tenue seriato
Radiografia (Rx) tubo digerente
Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie
Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie
Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
Aortografia
Broncografia
Cavernosografia
Cisternografia
Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea

Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica

(c.p.r.c)

Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Pancolonscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 150**

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, **senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.**

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 46,15

Indennizzo € 46,15

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, **con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.**

Rientra in garanzia **esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.**

Per quanto riguarda le visite specialistiche, per l'attivazione della garanzia è

necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica o del referto specialistico contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 100

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Rimborso del Ticket € 30,50

Indennizzo € 30,50

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione" e i ticket sanitari di pronto soccorso.



Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 100

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Indennizzo € 46,15

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Per quanto riguarda il pacchetto maternità, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 100

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Indennizzo € 46,15

MODULO N. 4 ALTA – VISITE E DIAGNOSTICA S.S.N.

Opzione PLUS

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per i seguenti accertamenti diagnostici di alta specializzazione, conseguenti a malattia o a infortunio.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.



Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare
Mammografia
Mammografia bilaterale
Ortopanoramica
Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto
Radiografia (Rx) di organo apparato
Radiografia (Rx) endorali
Radiografia (Rx) esofago
Radiografia (Rx) esofago esame diretto
Radiografia (Rx) tenue seriato
Radiografia (Rx) tubo digerente
Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie
Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie
Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
Aortografia
Broncografia
Cavernosografia
Cisternografia
Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico

Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto

RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)

Medicina nucleare in vivo

Tomoscintigrafia SPET miocardica

Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria

Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)

Elettroencefalogramma

Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno

Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore

Elettromiografia

Elettroretinogramma

Monitoraggio continuo della pressione arteriosa

Phmetria esofagea gastrica

Potenziali evocati

Spirometria

Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata

Biopsia muscolare

Biopsia prostatica

Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)

Cistoscopia diagnostica

Esofagogastroduodenoscopia

Pancolonscopia diagnostica

Rettoscopia diagnostica

Rettosigmoidoscopia diagnostica

Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 200

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 200,00

Rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 46,15

Indennizzo € 46,15

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica o del referto specialistico contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 150**

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, **senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.**

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Rimborso del Ticket € 30,50

Indennizzo € 30,50

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione" e i ticket sanitari di pronto soccorso.



Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 150**

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, **senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.**

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Indennizzo € 46,15

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un **numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale (elevate a 6 per gravidanza a rischio).**

Per quanto riguarda il pacchetto maternità, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della

prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 150

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Indennizzo € 46,15

MODULO N. 4 TOTALE – VISITE E DIAGNOSTICA S.S.N.

Opzione PLUS

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per i seguenti accertamenti diagnostici di alta specializzazione, conseguenti a malattia o a infortunio.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare

Mammografia

Mammografia bilaterale
Ortopanoramica
Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto
Radiografia (Rx) di organo apparato
Radiografia (Rx) endorali
Radiografia (Rx) esofago
Radiografia (Rx) esofago esame diretto
Radiografia (Rx) tenue seriato
Radiografia (Rx) tubo digerente
Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie
Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie
Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
Aortografia
Broncografia
Cavernosografia
Cisternografia
Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda
Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto

Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con
contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la
miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Pancolonscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di repere

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 300

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 300,00

Rimborso per Risonanza magnetica nucleare ginocchio € 46,15

Indennizzo € 46,15

B) VISITE SPECIALISTICHE



La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel Servizio Sanitario Nazionale per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Per quanto riguarda le visite specialistiche, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica o del referto specialistico contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 250

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Rimborso del Ticket € 30,50

Indennizzo € 30,50

C) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione" e i ticket sanitari di pronto soccorso.



Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 250

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Indennizzo € 46,15

D) PACCHETTO MATERNITÀ



Sono comprese nella garanzia un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico effettuate nel Servizio Sanitario Nazionale (elevate a 6 per gravidanza a rischio).

Per quanto riguarda il pacchetto maternità, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso

necessaria la prestazione stessa.

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 250

Franchigia/Scoperto

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari per le prestazioni della presente garanzia, **senza alcuna franchigia, né scoperto a carico dell'Assicurato.**

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Ticket in regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Rimborso del Ticket € 46,15

Indennizzo € 46,15

MODULO N. 5 BASE – DENTISTA

Opzione STANDARD

A) Prestazioni di Implantologia

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

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

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



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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all' Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa di € 1.200,00 per ciascun impianto.**

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Impianto osteointegrato € 1.600,00

Franchigia € 1.200,00

Prestazione autorizzata € 1.600,00 di cui € 400,00 a carico della Società e € 1.200,00 a carico dell'Assicurato

B) Avulsione (estrazione denti)

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa di € 50,00 per ogni avulsione semplice ed una franchigia fissa di €150,00 per ciascuna avulsione complessa.**

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di avulsione € 120,00

Franchigia avulsione semplice € 50,00

Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 70,00 a carico della Società e € 50,00 a carico dell'Assicurato

C) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto delle franchigie previste.**

Prestazione	Franchigia
CONSERVATIVA	
Sigillatura (per ogni dente)	€ 30,00
Cavità di 5 ^a classe di BLACK	€ 78,00
Cavità di 1 ^a classe di BLACK	€ 78,00
Cavità di 2 ^a classe di BLACK	€ 78,00
Cavità di 3 ^a classe di BLACK	€ 96,00
Cavità di 4 ^a classe di BLACK	€ 96,00
Incappucciamento della polpa	€ 44,40
Intarsio L.P. - Inlay od onlay	€ 300,00
Intarsio in ceramica	€ 360,00

Intarsio in composito	€ 240,00
Ricostruzione di angoli	€ 84,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 150,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 84,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 96,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 156,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 210,60
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 324,00
Ritrattamento monocalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 120,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 180,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 234,60
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 348,00
CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 87,60
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 186,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 120,00
Asportazione cisti mascellari	€ 310,80
Asportazione di epulide	€ 111,60
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 156,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.	€ 248,40
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 217,20
Frenulotomia o frenulectomia	€ 44,40
Biopsie (qualunque numero)	€ 62,40
PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 270,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 132,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 1.020,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 300,00
Gancio su scheletrato	€ 48,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 180,00

Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi -	€ 960,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 72,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 474,60
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 720,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 60,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 162,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 72,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 66,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 192,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 408,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 226,80
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 420,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 66,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 42,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 84,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 24,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 60,00
ORTOGNATODONZIA	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.200,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata	€ 828,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 84,00
Bite notturno	€ 300,00

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA	
Levigatura delle radici/o courettage gengivale	€ 54,00
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 30,00
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 30,00
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 24,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	€ 144,00
Placca di svincolo	€ 260,40
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 62,40
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 210,00

Gengivectomia per dente	€ 60,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 223,20
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 310,80
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 120,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	€ 391,20
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 465,60
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 520,80
Lembo gengivale semplice	€ 240,00
Lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 312,00
DIAGNOSTICA	
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 19,20
Radiografia endorale per arcate	€ 50,40
Bite wings	€ 24,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 13,20
Ortopantomografia od ortopantomografica	€ 36,00
Teleradiografia	€ 50,40
Dentalscan 1 arcata	€ 217,20
Dentalscan 2 arcate	€ 310,80
Esame elettromiografico	€ 216,00
Esame Kinesiografico	€ 240,00

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione.**

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Franchigia € 65,00

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 105,00 a carico della Società e € 65,00 a carico dell'Assicurato

D) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al **pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio, **massimo una volta l'anno in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** L'Assicurato, previo invio del certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa di € 50,00 per evento.**

MODULO N. 5 ALTA - DENTISTA

Opzione STANDARD



A) Prestazioni di Implantologia

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

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

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all' Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa di € 1.000,00 per ciascun impianto.**

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Impianto osteointegrato € 1.600,00

Franchigia: € 1.000,00

Prestazione autorizzata € 1.600,00 di cui € 600,00 a carico della Società e € 1.000,00 a carico dell'Assicurato

B) Avulsione (estrazione denti)

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa di € 45,00 per ogni avulsione semplice ed una franchigia fissa di € 135,00 per ciascuna avulsione complessa.

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di avulsione € 120,00

Franchigia fissa per avulsione semplice: 45,00

Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 75,00 a carico della Società e € 45,00 a carico dell'Assicurato

C) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto delle franchigie previste.

Prestazione	Franchigia
CONSERVATIVA	
Sigillatura (per ogni dente)	€ 27,50
Cavità di 5 ^a classe di BLACK	€ 71,50
Cavità di 1 ^a classe di BLACK	€ 71,50
Cavità di 2 ^a classe di BLACK	€ 71,50
Cavità di 3 ^a classe di BLACK	€ 88,00
Cavità di 4 ^a classe di BLACK	€ 88,00
Incappucciamento della polpa	€ 40,70
Intarsio L.P. - Inlay od onlay	€ 275,00
Intarsio in ceramica	€ 330,00
Intarsio in composito	€ 220,00
Ricostruzione di angoli	€ 77,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 137,50
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 77,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 88,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 143,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 193,05
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 297,00
Ritrattamento monocalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 110,00

Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 165,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 215,05
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 319,00
CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 80,30
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 170,50
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 110,00
Asportazione cisti mascellari	€ 284,90
Asportazione di epulide	€ 102,30
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 143,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.	€ 227,70
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 199,10
Frenulotomia o frenulectomia	€ 40,70
Biopsie (qualunque numero)	€ 57,20
PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 247,50
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 121,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 935,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 275,00
Gancio su scheletrato	€ 44,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 165,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 880,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 66,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 435,05
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 550,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 660,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 55,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 148,50
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 66,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 60,50
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 176,00

Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 374,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 207,90
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 385,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 60,50
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 38,50
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 77,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 22,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 55,00
ORTOGNATODONZIA	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.100,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata	€ 759,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 77,00
Bite notturno	€ 275,00

IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA	
Levigatura delle radici/o courettage gengivale	€ 49,50
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 27,50
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 27,50
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 22,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	€ 132,00
Placca di svincolo	€ 238,70
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 57,20
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 192,50
Gengivectomia per dente	€ 55,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 204,60
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 284,90
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 110,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	€ 358,60
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 426,80
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 477,40
Lembo gengivale semplice	€ 220,00

Lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 286,00
DIAGNOSTICA	
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 17,60
Radiografia endorale per arcate	€ 46,20
Bite wings	€ 22,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 12,10
Ortopantomografia od ortopantomografica	€ 33,00
Teleradiografia	€ 46,20
Dentalscan 1 arcata	€ 199,10
Dentalscan 2 arcate	€ 284,90
Esame elettromiografico	€ 198,00
Esame Kinesiografico	€ 220,00

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione.**

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Franchigia € 71,50

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 98,50 a carico della Società e € 71,50 a carico dell'Assicurato

D) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al **pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio, **massimo una volta l'anno in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** L'Assicurato, previo invio del certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa di € 35,00 per evento.**

MODULO N. 5 TOTALE - DENTISTA

Opzione STANDARD

A) Prestazioni di Implantologia

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

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

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

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



CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all' Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa di € 800,00 per ciascun impianto.**

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Impianto osteointegrato € 1.600,00

Franchigia fissa € 800,00

Prestazione autorizzata € 1.600,00 di cui € 800,00 a carico della Società e € 800,00 a carico dell'Assicurato

B) Avulsione (estrazione denti)

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa di € 35,00 per ogni avulsione semplice ed una franchigia fissa di € 120,00 per ciascuna avulsione complessa.**

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di avulsione € 120,00

Franchigia estrazione semplice € 35,00

Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 85,00 a carico della Società e € 35,00 a carico dell'Assicurato

C) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto delle franchigie previste.**

Prestazione	Franchigia
CONSERVATIVA	
Sigillatura (per ogni dente)	€ 25,00
Cavità di 5ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 1ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 2ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 3ª classe di BLACK	€ 80,00
Cavità di 4ª classe di BLACK	€ 80,00
Incappucciamento della polpa	€ 37,00
Intarsio L.P. - Inlay od onlay	€ 250,00
Intarsio in ceramica	€ 300,00
Intarsio in composito	€ 200,00
Ricostruzione di angoli	€ 70,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 125,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 70,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 80,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 130,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 175,50
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 270,00
Ritrattamento monocalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 290,00
CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari	€ 259,00
Asportazione di epulide	€ 93,00

Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.	€ 207,00
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 181,00
Frenulotomia o frenulectomia	€ 37,00
Biopsie (qualunque numero)	€ 52,00
PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 850,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 250,00
Gancio su scheletrato	€ 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 500,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 60,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 50,00
ORTOGNATODONZIA	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.000,00

Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata	€ 690,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 70,00
Bite notturno	€ 250,00

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione.**

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Franchigia € 65,00

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 105,00 a carico della Società e € 65,00 a carico dell'Assicurato

D) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al **pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio, **massimo una volta l'anno in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** L'Assicurato, previo invio del certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute senza applicazione di alcuna franchigia a carico dell'Assicurato.

MODULO N. 5 BASE – DENTISTA

Opzione PLUS

A) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nella medesima prescrizione.

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



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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro il massimale di € 600,00 per anno e per persona. Sono previsti inoltre i seguenti sotto massimali:

- € 250,00 per un impianto;

- € 400,00 per due impianti.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 20% per prestazione in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 600,00 – sottomassimale 1 impianto € 250,00

Costo della prestazione di Impianto osteointegrato € 1.600,00

Scoperto 20%

Prestazione autorizzata € 250,00 (€ 1.600 – 20%= € 320. Poiché tale importo è superiore al sottomassimale previsto)

B.1) Avulsione (estrazione denti)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), fino ad un massimo di 3 denti l'anno. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa di € 25,00 per qualsiasi tipo di estrazione (semplice/complessa).

B.2) Avulsione (estrazione denti) oltre il terzo dente

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto una franchigia fissa di € 50,00 per estrazione semplice ed € 150,00 per estrazione complessa, per ogni avulsione.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di avulsione € 120,00

Franchigia estrazione semplice € 50,00

Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 70,00 a carico della Società e € 50,00 a carico dell'Assicurato

C) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con INTESA SANPAOLO RBM Salute al netto delle franchigie previste.**

Prestazione	Franchigia
CONSERVATIVA	
Sigillatura (per ogni dente)	€ 30,00
Cavità di 5 ^a classe di BLACK	€ 78,00
Cavità di 1 ^a classe di BLACK	€ 78,00
Cavità di 2 ^a classe di BLACK	€ 78,00
Cavità di 3 ^a classe di BLACK	€ 96,00
Cavità di 4 ^a classe di BLACK	€ 96,00
Incappucciamento della polpa	€ 44,40
Intarsio L.P. – Inlay od onlay	€ 300,00
Intarsio in ceramica	€ 360,00
Intarsio in composito	€ 240,00
Ricostruzione di angoli	€ 84,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 150,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 84,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 96,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 156,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 210,60
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 324,00
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 120,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 180,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 234,60
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 348,00
CHIRURGIA	

Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 87,60
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 186,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico	€ 120,00
Asportazione cisti mascellari	€ 310,80
Asportazione di epulide	€ 111,60
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 156,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.	€ 248,40
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 217,20
Frenulotomia o frenulectomia	€ 44,40
Biopsie (qualunque numero)	€ 62,40
PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 270,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 132,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 1.020,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 300,00
Gancio su scheletrato	€ 48,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 180,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 960,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 72,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 474,60
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 720,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 60,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 162,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 72,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 66,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 192,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 408,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 226,80
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 420,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 66,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 42,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 84,00

Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 24,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 60,00
ORTOGNATODONZIA	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.200,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per	€ 828,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 84,00
Bite notturno	€ 300,00
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA	
Levigatura delle radici/o courettage gengivale	€ 54,00
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 30,00
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 30,00
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 24,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	€ 144,00
Placca di svincolo	€ 260,40
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 62,40
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 210,00
Gengivectomia per dente	€ 60,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 223,20
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 310,80
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 120,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	€ 391,20
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 465,60
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 520,80
Lembo gengivale semplice	€ 240,00
Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 312,00
DIAGNOSTICA	
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 19,20
Radiografia endorale per arcate	€ 50,40
Bite wings	€ 24,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 13,20
Ortopantomografia od ortopantomografia	€ 36,00
Teleradiografia	€ 50,40

Dentalscan 1 arcata	€ 217,20
Dentalscan 2 arcate	€ 310,80
Esame elettromiografico	€ 216,00
Esame Kinesiografico	€ 240,00

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione.**

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Franchigia € 78,00

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 92,00 a carico della Società e € 78,00 a carico dell'Assicurato

D) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al **pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio, **massimo una volta l'anno in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** L'Assicurato, previo invio del certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)

- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa di € 50,00 per evento.**

MODULO N. 5 ALTA – DENTISTA

Opzione PLUS

A) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nella medesima prescrizione.

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



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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia **entro il massimale di € 800,00 per anno e per persona.** Sono previsti inoltre i seguenti sotto massimali:

- € 300,00 per un impianto;

- € 550,00 per due impianti.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di **uno scoperto del 20% per prestazione in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute.**

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 800,00 – sottomassimale 1 impianto € 300,00

Costo della prestazione di Impianto osteointegrato € 1.600,00

Scoperto 20%

Prestazione autorizzata € 300,00 (€1.600,00 – 20% = €320. Poiché tale importo è superiore al sottomassimale previsto)

B.1) Avulsione (estrazione denti)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), fino ad un massimo di 3 denti l'anno. **Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.**

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa di € 20,00 per qualsiasi tipo di estrazione (semplice/complessa).**

B.2) Avulsione (estrazione denti) oltre il terzo dente

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto una franchigia fissa di € 45,00 per estrazione semplice ed € 135,00 per estrazione complessa, per ogni avulsione.

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di avulsione € 120,00

Franchigia estrazione semplice € 45,00

Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 75,00 a carico della Società e € 45,00 a carico dell'Assicurato

C) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto delle franchigie previste.

Prestazione	Franchigia
CONSERVATIVA	
Sigillatura (per ogni dente)	€ 27,50
Cavità di 5 ^a classe di BLACK	€ 71,50
Cavità di 1 ^a classe di BLACK	€ 71,50
Cavità di 2 ^a classe di BLACK	€ 71,50
Cavità di 3 ^a classe di BLACK	€ 88,00
Cavità di 4 ^a classe di BLACK	€ 88,00
Incappucciamento della polpa	€ 40,70
Intarsio L.P. – Inlay od onlay	€ 275,00
Intarsio in ceramica	€ 330,00
Intarsio in composito	€ 220,00
Ricostruzione di angoli	€ 77,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 137,50
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 77,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 88,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 143,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 193,05
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 297,00
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 110,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 165,00

Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 215,05
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 319,00
CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 80,30
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 170,50
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico	€ 110,00
Asportazione cisti mascellari	€ 284,90
Asportazione di epulide	€ 102,30
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 143,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.	€ 227,70
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 199,10
Frenulotomia o frenulectomia	€ 40,70
Biopsie (qualunque numero)	€ 57,20
PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 247,50
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 121,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 935,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 275,00
Gancio su scheletrato	€ 44,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 165,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 880,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 66,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 435,05
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 550,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 660,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 55,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 148,50
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 66,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 60,50
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 176,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 374,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 207,90
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 385,00

Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 60,50
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 38,50
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per	€ 77,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 22,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 55,00
ORTOGNATODONZIA	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.100,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	€ 759,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 77,00
Bite notturno	€ 275,00
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA	
Levigatura delle radici/o courettage gengivale	€ 49,50
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 27,50
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 27,50
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 22,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	€ 132,00
Placca di svincolo	€ 238,70
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 57,20
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 192,50
Gengivectomia per dente	€ 55,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa	€ 204,60
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 284,90
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 110,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	€ 358,60
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 426,80
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 477,40
Lembo gengivale semplice	€ 220,00
Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 286,00
DIAGNOSTICA	
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 17,60
Radiografia endorale per arcate	€ 46,20
Bite wings	€ 22,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 12,10
Ortopantomografia od ortopanoramica	€ 33,00

Teleradiografia	€ 46,20
Dentalscan 1 arcata	€ 199,10
Dentalscan 2 arcate	€ 284,90
Esame elettromiografico	€ 198,00
Esame Kinesiografico	€ 220,00

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione.**

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Franchigia € 71,50

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 98,50 a carico della Società e € 71,50 a carico dell'Assicurato

D) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al **pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio, **massimo una volta l'anno in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** L'Assicurato, previo invio del

certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa di € 35,00 per evento.**

MODULO N. 5 TOTALE – DENTISTA

Opzione PLUS

A) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

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

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



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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia **entro il massimale di € 1150,00 per anno e per persona.** Sono previsti inoltre i seguenti sotto massimali:

- € 450,00 per un impianto;

- € 800,00 per due impianti.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 20% per prestazione in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.150,00 – sottomassimale 1 impianto € 450,00

Costo della prestazione di Impianto osteointegrato € 1.600,00

Scoperto 20%

Prestazione autorizzata € 1.600,00 di cui € 450,00 a carico della Società e € 1.150,00 a carico dell'Assicurato

B.1) Avulsione (estrazione denti)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), fino ad un massimo di 3 denti l'anno. Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'effettuazione della prestazione.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa di € 15,00 per qualsiasi tipo di estrazione (semplice/complessa).

B.2) Avulsione (estrazione denti) oltre il terzo dente

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto una franchigia fissa di € 35,00 per estrazione semplice ed € 120,00 per estrazione complessa, per ogni avulsione.

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di avulsione € 120,00

Franchigia estrazione semplice € 35,00

Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 85,00 a carico della Società e € 35,00 a carico dell'Assicurato

C) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto delle franchigie previste.

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

Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 290,00
CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari	€ 259,00
Asportazione di epulide	€ 93,00
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.	€ 207,00
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 181,00
Frenulotomia o frenulectomia	€ 37,00
Biopsie (qualunque numero)	€ 52,00
PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 850,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 250,00
Gancio su scheletrato	€ 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per	€ 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 500,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in	€ 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 60,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica	€ 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per	€ 70,00

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione.**

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Franchigia € 65,00

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 105,00 a carico della Società e € 65,00 a carico dell'Assicurato

D) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al **pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio, **massimo una volta l'anno in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** L'Assicurato, previo invio del certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di strutture sanitarie e personale convenzionato:

- Sigillatura (per ogni dente)
- Otturazione (qualsiasi tipo)
- Incappucciamento della polpa
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento

➤ Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute senza applicazione di alcuna franchigia a carico dell'Assicurato.**

MODULO N. 6 BASE – NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI

Opzione STANDARD

A) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA



La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 24) e 25) dell'art. 24 "Esclusioni" delle Condizioni di Assicurazione, di seguito anche CDA, salvo quanto previsto dall'art. 23 "Patologie pregresse" delle CDA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assicurato per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie

della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assicurato **un indennizzo annuo fisso di € 750,00, per un massimo di 3 anni.**

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo

- sbucciare la frutta

- aprire un contenitore/una scatola

- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

B) SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

o Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi** un'équipe di specialisti con i quali conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

o Guardia medica permanente

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

o Second opinion

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Il servizio è attivo **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

o Tutoring

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

Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

o Card Elettronica (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE)

E' messo a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.

Nel sito web <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/> sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP CITRUS.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

MODULO N. 6 ALTA – NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI**Opzione STANDARD****A) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA**

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 24) e 25) dell'art. 24 "Esclusioni" delle Condizioni di Assicurazione, di seguito anche CDA, salvo quanto previsto dall'art. 23 "Patologie pregresse" delle CDA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assicurato per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assicurato **un indennizzo annuo fisso di € 1500,00, per un massimo di 3 anni.**

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL - Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione. La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

- 1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0
- 2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5
- 3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

- 1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0
- 2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5
- 3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

- 1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
 - (1) andare al bagno
 - (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
 - (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:punteggio 0
- 2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5
- 3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

B) SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

o Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi** un'équipe di specialisti con i quali conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

- o **Guardia medica permanente**

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

- o **Second opinion**

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Il servizio è attivo **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

- o **Tutoring**

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

Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

- o **Card Elettronica (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE)**

E' messo a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.

Nel sito web <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/> sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP CITRUS.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

MODULO N. 6 TOTALE – NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI**Opzione STANDARD****A) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA**

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 24) e 25) dell'art. 24 "Esclusioni" delle Condizioni di Assicurazione, di seguito anche CDA, salvo quanto previsto dall'art. 23 "Patologie pregresse" delle CDA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assicurato per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assicurato **un indennizzo annuo fisso di € 3000,00, per un massimo di 3 anni.**

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione. La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

B) SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

o Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi** un'équipe di specialisti con i quali conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

o Guardia medica permanente

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in

contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

o **Second opinion**

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Il servizio è attivo **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

o **Tutoring**

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

Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

o **Card Elettronica (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE)**

E' messo a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.

Nel sito web <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/> sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP CITRUS.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

MODULO N. 6 BASE – NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI**Opzione PLUS****A) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA**

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 24) e 25) dell'art. 24 "Esclusioni" delle Condizioni di Assicurazione, di seguito anche CDA, salvo quanto previsto dall'art. 23 "Patologie pregresse" delle CDA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assicurato per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assicurato **un indennizzo annuo fisso di € 5.000 , per un massimo di 3 anni.**

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione. La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

- 1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0
- 2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5
- 3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

- 1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0
- 2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5
- 3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

- 1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
 - (1) andare al bagno
 - (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
 - (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:punteggio 0
- 2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5
- 3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

B) SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

o **Consulenza telefonica medico specialistica**

Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi** un'équipe di specialisti con i quali conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

- **Guardia medica permanente**

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare Intesa Sanpaolo RBMiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

- **Second opinion**

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Il servizio è attivo **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

- **Tutoring**

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

Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

- **Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario**

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero per infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

In tal caso la Società garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno) **con un massimale di € 1.500 per evento.**

In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il semplice rientro al domicilio, ove l'assicurato si trovi ad almeno 50 km dallo stesso **con un massimale di € 700 per evento.**

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

- **Rimpatrio della salma**

In caso di decesso all'estero **durante un ricovero (conseguente ad intervento chirurgico)**, la Società provvede al pagamento delle spese per il rientro della salma **con un massimale di € 2.000 per evento.**

o **Card Elettronica (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE)**

E' messo a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.

Nel sito web <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/> sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP CITRUS.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

MODULO N. 6 ALTA – NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI

Opzione PLUS

A) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA



La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 24) e 25) dell'art. 24 "Esclusioni" delle Condizioni di Assicurazione, di seguito anche CDA, salvo quanto previsto dall'art. 23 "Patologie pregresse" delle CDA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assicurato per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie

della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assicurato **un indennizzo annuo fisso di € 7.000, per un massimo di 3 anni.**

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione. La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo

- sbucciare la frutta

- aprire un contenitore/una scatola

- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

B) SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

o Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi** un'équipe di specialisti con i quali conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

o Guardia medica permanente

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

o Second opinion

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Il servizio è attivo **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

o Tutoring

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

Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

o Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero per infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

In tal caso la Società garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno) **con un massimale di € 1.500 per evento.**

In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il semplice rientro al domicilio, ove l'assicurato si trovi ad almeno 50 km dallo stesso **con un massimale di € 700 per evento.**

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

o **Rimpatrio della salma**

In caso di decesso all'estero **durante un ricovero (conseguente ad intervento chirurgico)**, la Società provvede al pagamento delle spese per il rientro della salma **con un massimale di € 2.000 per evento.**

o **Card Elettronica (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE)**

E' messo a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.

Nel sito web <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/> sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP CITRUS.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

MODULO N. 6 TOTALE – NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI

Opzione PLUS

A) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA



La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 24) e 25) dell'art. 24 "Esclusioni" delle Condizioni di Assicurazione, di seguito anche CDA, salvo quanto previsto dall'art. 23 "Patologie pregresse" delle CDA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assicurato per il quale sia stata

riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assicurato **un indennizzo annuo fisso di € 10.000, per un massimo di 3 anni.**

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL - Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo

- sbucciare la frutta

- aprire un contenitore/una scatola

- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

B) SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

o Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi** un'équipe di specialisti con i quali conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

o Guardia medica permanente

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare Intesa Sanpaolo RBMiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

o Second opinion

L'Assicurato, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica. Il servizio è attivo **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

o Tutoring

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

Il servizio non comporta costi per l'Assicurato da telefono fisso.

o Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario

Qualora l'Assicurato, a seguito di ricovero per infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto

di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

In tal caso la Società garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno) **con un massimale di € 1.500 per evento.**

In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il semplice rientro al domicilio, ove l'assicurato si trovi ad almeno 50 km dallo stesso **con un massimale di € 700 per evento.**

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

o **Rimpatrio della salma**

In caso di decesso all'estero **durante un ricovero (conseguente ad intervento chirurgico)**, la Società provvede al pagamento delle spese per il rientro della salma **con un massimale di € 2.000 per evento.**

o **Card Elettronica (INTESA SANPAOLO RBM SALUTE)**

E' messo a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario e/o di massimali esauriti.

Nel sito web <https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/> sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP CITRUS.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

MODULO N. 7 - BASE - MEDICINALI**Opzione STANDARD**

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;
Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

**A) FARMACI GENERICI**

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

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO**Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- € 250

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 50% sulla spesa sostenuta.

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

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assicurato per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- € 250

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 50% sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso € 100,00

Scoperto 50%

Indennizzo € 50,00

MODULO N. 7 - ALTA - MEDICINALI

Opzione STANDARD

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

A) FARMACI GENERICI

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

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.



CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- € 350

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 50% sulla spesa sostenuta.

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

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assicurato per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- € 350

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 50% sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime rimborsuale

Massimale € 350,00

Richiesta di rimborso € 100,00

Scoperto 50%

Indennizzo € 50,00

MODULO N. 7 - TOTALE - MEDICINALI**Opzione STANDARD**

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;
Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

**A) FARMACI GENERICI**

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

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO**Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- **€ 500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **uno scoperto del 50%** sulla spesa sostenuta.

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

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assicurato per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente Modulo è il seguente:

- **€ 500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **uno scoperto del 50%** sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime rimborsuale

Massimale € 500,00

Richiesta di rimborso € 100,00

Scoperto 50%

Indennizzo € 50,00

MODULO N. 7 - BASE - MEDICINALI

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



A) FARMACI GENERICI

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

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente modulo è il seguente:

- € 250

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con INTESA SANPAOLO RBM Salute

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

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

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assicurato per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente modulo è il seguente:

- € 250

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso € 100,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 75,00

MODULO N. 7 - ALTA - MEDICINALI**Opzione PLUS**

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;
Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

**A) FARMACI GENERICI**

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

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO**Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente modulo è il seguente:

- € 350

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

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

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assicurato per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente modulo è il seguente:

- € 350

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime rimborsuale

Massimale € 350,00

Richiesta di rimborso € 100,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 75,00

MODULO N. 7 - TOTALE - MEDICINALI

Opzione PLUS

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



A) FARMACI GENERICI

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

L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati e fustella; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente modulo è il seguente:

- **€ 500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con INTESA SANPAOLO RBM Salute

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

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

La garanzia prevede il rimborso della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assistito **per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.**

L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica (ricetta rossa SSN) in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente modulo è il seguente:

- **€ 500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime rimborsuale

Massimale € 500,00

Richiesta di rimborso € 100,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 75,00

MODULO N. 8 – BASE - LENTI ED OCCHIALI

Opzione STANDARD

A) OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.



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

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione.**

Descrizione prestazione	
LENTI E MONTATURE	Franchigia
Lenti organiche bianche	€ 21,42
Lenti organiche antiriflesso	€ 54,06
Lenti organiche 1,67 ar	€ 82,62
Lenti organiche 1,74 ar	€ 159,12
Lenti lantano ar	€ 117,30
Lenti progressive	€ 153,00
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 20,40
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 25,50
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 42,84
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 71,40
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 102,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 107,10
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 71,40
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 96,90

Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 127,50
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 112,20
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 147,90
Monofocale in vetro non trattata	€ 20,40
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 40,80
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 35,70
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 30,60
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 71,40
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 45,90
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 66,30
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 153,00
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 204,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 91,80
Montatura glosant (a giorno)	€ 132,60

B) ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di lenti a contatto e materiali ottici correttivi della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

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

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione in relazione al livello di Protezione prescelto.**

Descrizione prestazione	
LENTI A CONTATTO E MATERIALI OTTICI	Franchigie
Giornaliere 30 lenti	€ 17,34

Giornaliere 90 lenti	€ 45,90
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 23,46
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 61,20
Settimanali 6 lenti	€ 19,38
Mensili 1 lente	€ 6,12
Mensili 3 lenti	€ 15,30
Mensili 6 lenti	€ 27,54
Mensili toriche 3 lenti	€ 35,70
Mensili toriche 6 lenti	€ 71,40
Morbide annuali (alla coppia)	€ 76,50
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 183,60
Rigide (alla coppia)	€ 204,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 128,52
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 22,44
Soluzione salina	€ 2,04
Perossido	€ 0,42
Soluzione unica	€ 5,10
Detergente	€ 7,14
Collirio	€ 7,14
Enzimi	€ 10,20

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo delle Lenti progressive € 400,00

Franchigia € 153,00

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 247,00 a carico della Società e € 153,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 8 – ALTA - LENTI ED OCCHIALI

Opzione STANDARD

A) OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

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



CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione.

Descrizione prestazione	
LENTI E MONTATURE	Franchigia
Lenti organiche bianche	€ 19,64
Lenti organiche antiriflesso	€ 49,56
Lenti organiche 1,67 ar	€ 75,74
Lenti organiche 1,74 ar	€ 145,86
Lenti lantano ar	€ 107,53
Lenti progressive	€ 140,25
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 18,70
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 23,38
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 39,27
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 65,45
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 93,50
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 98,18
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 65,45
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 88,83
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 88,83
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 116,88
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 102,85
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 135,58
Monofocale in vetro non trattata	€ 18,70
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 37,40
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 32,73
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 46,75
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 28,05
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 46,75
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 46,75
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 65,45

Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 42,08
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 60,78
Monofocale in vetro lantano 1,8 trattata con antiriflesso	€ 140,25
Monofocale in vetro lantano 1,9 trattata con antiriflesso	€ 187,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 84,15
Montatura glosant (a giorno)	€ 121,55

B) ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di lenti a contatto e materiali ottici correttivi della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

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

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione in relazione al livello di Protezione prescelto.**

Descrizione prestazione	
LENTI A CONTATTO E MATERIALI OTTICI	Franchigie
Giornaliere 30 lenti	€ 15,90
Giornaliere 90 lenti	€ 42,08
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 21,51
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 56,10
Settimanali 6 lenti	€ 17,77
Mensili 1 lente	€ 5,61
Mensili 3 lenti	€ 14,03
Mensili 6 lenti	€ 25,25
Mensili toriche 3 lenti	€ 32,73
Mensili toriche 6 lenti	€ 65,45
Morbide annuali (alla coppia)	€ 70,13
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 168,30
Rigide (alla coppia)	€ 187,00

L.a.c. gas-permeabili	€ 117,81
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 20,57
Soluzione salina	€ 1,87
Perossido	€ 0,39
Soluzione unica	€ 4,68
Detergente	€ 6,55
Collirio	€ 6,55
Enzimi	€ 9,35

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo delle Lenti progressive €400,00

Franchigia € 140,25

Prestazione autorizzata €400,00 di cui €259,75 a carico della Società e € 140,25 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 8 – TOTALE - LENTI ED OCCHIALI

Opzione STANDARD

A) OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

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



CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione.

Descrizione prestazione	
LENTI E MONTATURE	Franchigia
Lenti organiche bianche	€ 17,85
Lenti organiche antiriflesso	€ 45,05
Lenti organiche 1,67 ar	€ 68,85
Lenti organiche 1,74 ar	€ 132,60
Lenti lantano ar	€ 97,75
Lenti progressive	€ 127,50
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 17,00
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 21,25
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 35,70
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 59,50
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 85,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 89,25
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 59,50
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 80,75
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 80,75
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 106,25
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 93,50
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 123,25
Monofocale in vetro non trattata	€ 17,00
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 34,00
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 29,75
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 42,50
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 25,50
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 42,50
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 42,50
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 59,50
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 38,25
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 55,25
Monofocale in vetro lantano 1,8 trattata con antiriflesso	€ 127,50
Monofocale in vetro lantano 1,9 trattata con antiriflesso	€ 170,00
Montatura celluloidi e/o metallo	€ 76,50
Montatura glosant (a giorno)	€ 110,50

B) ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di lenti a contatto e materiali ottici correttivi della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

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

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione in relazione al livello di Protezione prescelto.

Descrizione prestazione	
LENTI A CONTATTO E MATERIALI OTTICI	Franchigie
Giornaliere 30 lenti	€ 14,45
Giornaliere 90 lenti	€ 38,25
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 19,55
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 51,00
Settimanali 6 lenti	€ 16,15
Mensili 1 lente	€ 5,10
Mensili 3 lenti	€ 12,75
Mensili 6 lenti	€ 22,95
Mensili toriche 3 lenti	€ 29,75
Mensili toriche 6 lenti	€ 59,50
Morbide annuali (alla coppia)	€ 63,75
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 153,00
Rigide (alla coppia)	€ 170,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 107,10
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 18,70
Soluzione salina	€ 1,70
Perossido	€ 0,35
Soluzione unica	€ 4,25
Detergente	€ 5,95
Collirio	€ 5,95
Enzimi	€ 8,50

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo delle Lenti progressive € 400,00

Franchigia € 127,50

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 272,50 a carico della Società e € 127,50 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 8 – BASE - LENTI ED OCCHIALI

Opzione PLUS

A) OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di **1 paio di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista all'anno a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.**



CONDIZIONI DI RIMBORSO

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia **entro il massimale di € 100,00 per anno e per persona.**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 15 per occhiale.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 30 per occhiale.**

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo dell'occhiale € 220,00

Franchigia € 15,00

Prestazione autorizzata € 220,00 (di cui € 100 a carico della Società ed € 120,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale)

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso occhiale € 220,00

Franchigia € 30,00

Indennizzo € 100,00

B) ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) o lenti a contatto correttive della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

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

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione.

Descrizione prestazione	
LENTI E MATERIALI OTTICI	
	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 17,34
Giornaliere 90 lenti	€ 45,90
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 23,46
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 61,20
Settimanali 6 lenti	€ 19,38
Mensili 1 lente	€ 6,12
Mensili 3 lenti	€ 15,30
Mensili 6 lenti	€ 27,54
Mensili toriche 3 lenti	€ 35,70
Mensili toriche 6 lenti	€ 71,40
Morbide annuali (alla coppia)	€ 76,50
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 183,60
Rigide (alla coppia)	€ 204,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 128,52
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 22,44
Soluzione salina	€ 2,04
Perossido	€ 0,42
Soluzione unica	€ 5,10
Detergente	€ 7,14
Collirio	€ 7,14
Enzimi	€ 10,20
Lenti organiche bianche	€ 21,42
Lenti organiche antiriflesso	€ 54,06
Lenti organiche 1,67 ar	€ 82,62
Lenti organiche 1,74 ar	€ 159,12
Lenti lantanio ar	€ 117,30
Lenti progressive	€ 153,00

Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 20,40
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 25,50
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 42,84
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 71,40
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 102,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 107,10
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 71,40
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 96,90
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 127,50
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 112,20
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 147,90
Monofocale in vetro non trattata	€ 20,40
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 40,80
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 35,70
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 30,60
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 51,00
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 71,40
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 45,90
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 66,30
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 153,00
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 204,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 91,80
Montatura glosant (a giorno)	€ 132,60

MODULO N. 8 - ALTA - LENTI ED OCCHIALI

Opzione PLUS

A) OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di 1 paio di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista all'anno a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.



CONDIZIONI DI RIMBORSO

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro il massimale di € 130,00 per anno e per persona.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 15 per occhiale.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 30 per occhiale.

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta
 Massimale € 130,00
 Costo dell'occhiale € 220,00
 Franchigia € 15,00
 Prestazione autorizzata € 220,00 (di cui € 130 a carico della Società ed € 90,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale)

Regime rimborsuale
 Massimale € 130,00
 Richiesta di rimborso occhiale € 220,00
 Franchigia € 30,00
 Indennizzo € 130,00

B) ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) o lenti a contatto correttive della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

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

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione.

Descrizione prestazione	
LENTI E MATERIALI OTTICI	
	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 15,90
Giornaliere 90 lenti	€ 42,08

Giornaliere toriche 30 lenti	€ 21,51
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 56,10
Settimanali 6 lenti	€ 17,77
Mensili 1 lente	€ 5,61
Mensili 3 lenti	€ 14,03
Mensili 6 lenti	€ 25,25
Mensili toriche 3 lenti	€ 32,73
Mensili toriche 6 lenti	€ 65,45
Morbide annuali (alla coppia)	€ 70,13
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 168,30
Rigide (alla coppia)	€ 187,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 117,81
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 20,57
Soluzione salina	€ 1,87
Perossido	€ 0,39
Soluzione unica	€ 4,68
Detergente	€ 6,55
Collirio	€ 6,55
Enzimi	€ 9,35
Lenti organiche bianche	€ 19,64
Lenti organiche antiriflesso	€ 49,56
Lenti organiche 1,67 ar	€ 75,74
Lenti organiche 1,74 ar	€ 145,86
Lenti lantanio ar	€ 107,53
Lenti progressive	€ 140,25
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 18,70
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 23,38
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 39,27
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 65,45
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 93,50
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 98,18
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 65,45
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 88,83
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 88,83
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 116,88
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 102,85
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 135,58
Monofocale in vetro non trattata	€ 18,70
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 37,40

Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 32,73
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 46,75
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 28,05
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 46,75
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 46,75
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 65,45
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 42,08
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 60,78
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 140,25
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 187,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 84,15
Montatura glosant (a giorno)	€ 121,55

MODULO N. 8 - TOTALE - LENTI ED OCCHIALI

Opzione PLUS

A) OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di **1 paio di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista all'anno a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.**



CONDIZIONI DI RIMBORSO

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia **entro il massimale di € 150,00 per anno e per persona.**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 15 per occhiale.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

E' prevista l'applicazione di **una franchigia pari ad € 30 per occhiale.**

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 150,00

Costo dell'occhiale € 220,00

Franchigia € 15,00

Prestazione autorizzata € 220,00 (di cui € 150 a carico della Società ed € 70,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale)

Regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Richiesta di rimborso occhiale € 220,00

Franchigia € 30,00

Indennizzo € 150,00

B) ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assicurato per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) o lenti a contatto correttive della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

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

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione.**

Descrizione prestazione	
LENTI E MATERIALI OTTICI	
	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 14,45
Giornaliere 90 lenti	€ 38,25
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 19,55
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 51,00
Settimanali 6 lenti	€ 16,15
Mensili 1 lente	€ 5,10
Mensili 3 lenti	€ 12,75
Mensili 6 lenti	€ 22,95
Mensili toriche 3 lenti	€ 29,75
Mensili toriche 6 lenti	€ 59,50
Morbide annuali (alla coppia)	€ 63,75
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 153,00
Rigide (alla coppia)	€ 170,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 107,10
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 18,70
Soluzione salina	€ 1,70
Perossido	€ 0,35
Soluzione unica	€ 4,25
Detergente	€ 5,95
Collirio	€ 5,95
Enzimi	€ 8,50

Lenti organiche bianche	€ 17,85
Lenti organiche antiriflesso	€ 45,05
Lenti organiche 1,67 ar	€ 68,85
Lenti organiche 1,74 ar	€ 132,60
Lenti lantanio ar	€ 97,75
Lenti progressive	€ 127,50
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 17,00
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 21,25
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 35,70
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 59,50
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 85,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 89,25
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 59,50
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 80,75
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 80,75
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 106,25
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 93,50
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 123,25
Monofocale in vetro non trattata	€ 17,00
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 34,00
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 29,75
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 42,50
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 25,50
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 42,50
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 42,50
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 59,50
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 38,25
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 55,25
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 127,50
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 170,00
Montatura celluloidi e/o metallo	€ 76,50
Montatura glosant (a giorno)	€ 110,50

MODULO N. 9 – PREVENZIONE**Opzione STANDARD**

La copertura non opera all'Estero.

L'Assicurato **può attivare a sua scelta una volta all'anno solo uno (1) degli otto (8) pacchetti seguenti a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto prescelto relativo al presente modulo:**

**A) PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa**. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assicurato di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>).

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

B) PREVENZIONE ONCOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa**. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

C) PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito [www.Intesa Sanpaolo RBMsalute.it](http://www.IntesaSanpaoloRBMsalute.it)

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assicurato ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. e si inviterà l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura **in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società e dalla stessa identificate.** La Centrale Operativa comunicherà all'Assicurato il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

D) PREVENZIONE PEDIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa.** Il

pacchetto di prevenzione pediatrica prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

E) PREVENZIONE OCULISTICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa.** Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus

F) PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa.** Il pacchetto di prevenzione delle vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- spirometria
- visita pneumologica

G) PREVENZIONE DERMATOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa.** Il pacchetto di prevenzione dermatologica, volto a controllare le lesioni nevice e verificare che non ce ne siano di sospette, prevede le seguenti prestazioni:

- visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia

H) PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa.** Il pacchetto di prevenzione otorinolaringoiatrica prevede le seguenti prestazioni:

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

MODULO N. 9 – PREVENZIONE**Opzione PLUS**

La copertura non opera all'Estero.

L'Assicurato **può attivare a sua scelta una volta all'anno fino a due (2) degli otto (8) pacchetti seguenti a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto prescelto relativo al presente modulo:**

**A) PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE**

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa**. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assicurato di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>).

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

B) PREVENZIONE ONCOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, **effettuate in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa**. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

C) PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito [www.Intesa Sanpaolo RBMsalute.it](http://www.IntesaSanpaoloRBMsalute.it)

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assicurato ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc e si inviterà l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura **in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società** e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assicurato il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

D) PREVENZIONE PEDIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa. Il pacchetto di prevenzione pediatrica prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

E) PREVENZIONE OCULISTICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute indicate dalla Centrale Operativa. Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus

F) PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa. Il pacchetto di prevenzione delle vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- spirometria
- visita pneumologica

G) PREVENZIONE DERMATOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa. Il pacchetto di prevenzione dermatologica, volto a controllare le lesioni nevice e verificare che non ce ne siano di sospette, prevede le seguenti prestazioni:

- visita dermatologica con epiluminescenza o videodermatoscopia

H) PREVENZIONE OTORINOLARINGOIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa. Il pacchetto di prevenzione otorinolaringoiatrica prevede le seguenti prestazioni:

- visita otorinolaringoiatrica con esame audiometrico

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

MODULO N. 10 BASE – FISIOTERAPIA**Opzione STANDARD**

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;
Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

**Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso**

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso.

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO**Carenza**

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

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 1.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse con applicazione di uno **scoperto del 15%**.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato con applicazione di uno **scoperto del 25%**.

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.000,00

Costo della prestazione di massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) €240,00

Scoperto 15%

Prestazione autorizzata: €240,00 di cui €204,00 a carico della Società e €36,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.000,00

Richiesta di rimborso massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) €240,00

Scoperto 25%

Indennizzo €180,00

MODULO N. 10 ALTA – FISIOTERAPIA

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



Treatments fisioterapici a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici **esclusivamente a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso.**

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 1.500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse **con applicazione di uno scoperto del 15%.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato **con applicazione di uno scoperto del 25%**.

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assicurato**.

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00

Costo della prestazione di massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) € 240,00

Scoperto 15%

Prestazione autorizzata: € 240,00 di cui € 204,00 a carico della Società e € 36,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00

Richiesta di rimborso massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) € 240,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 180,00

MODULO N. 10 TOTALE – FISIOTERAPIA

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici **esclusivamente a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso.**

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 2.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse **con applicazione di uno scoperto del 15%**.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato **con applicazione di uno scoperto del 25%**.

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.000,00

Costo della prestazione di massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) € 240,00

Scoperto 15%

Prestazione autorizzata: € 240,00 di cui € 204,00 a carico della Società e € 36,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.000,00

Richiesta di rimborso massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) € 240,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 180,00

MODULO N. 10 BASE – FISIOTERAPIA

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



A) Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici **esclusivamente a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso.**

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi

estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 1.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse **con applicazione di uno scoperto del 15%.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato **con applicazione di uno scoperto del 25%.**

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assicurato.

B) Trattamenti fisioterapici a seguito di specifici interventi chirurgici, ortopedici, neurochirurgici

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici **esclusivamente a seguito di:**

- a) intervento chirurgico ortopedico di artroprotesi;
- b) intervento chirurgico ortopedico diverso dall'artroprotesi;
- c) intervento di neurochirurgia endocranica;
- d) intervento di neurochirurgia diverso dalla chirurgia endocranica (ad es. chirurgia vertebrale o neurochirurgia sui nervi periferici).

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'evento acuto di cui ai punti a), b), c) e d) e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso Centro Medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 1.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse **con applicazione di uno scoperto del 15%**.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato **con applicazione di uno scoperto del 25%**.

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.000,00

Costo della prestazione di massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) €240,00

Scoperto 15%

Prestazione autorizzata €240,00 di cui €204,00 a carico della Società e €36,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.000,00

Richiesta di rimborso massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) €240,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 180,00

MODULO N. 10 ALTA – FISIOTERAPIA

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



A) Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici **esclusivamente a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso.**

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi

estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 1.500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse **con applicazione di uno scoperto del 15%.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato **con applicazione di uno scoperto del 25%.**

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assicurato.

B) Trattamenti fisioterapici a seguito di specifici interventi chirurgici, ortopedici, neurochirurgici

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici **esclusivamente a seguito di:**

- e) intervento chirurgico ortopedico di artroprotesi;
- f) intervento chirurgico ortopedico diverso dall'artroprotesi;
- g) intervento di neurochirurgia endocranica;
- h) intervento di neurochirurgia diverso dalla chirurgia endocranica (ad es. chirurgia vertebrale o neurochirurgia sui nervi periferici).

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'evento acuto di cui ai punti a), b), c) e d) e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso Centro Medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 1.500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse **con applicazione di uno scoperto del 15%**.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato **con applicazione di uno scoperto del 25%**.

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00

Costo della prestazione di massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) € 240,00

Scoperto 15%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 204,00 a carico della Società e € 36,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00

Richiesta di rimborso massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) € 240,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 180,00

MODULO N. 10 TOTALE – FISIOTERAPIA

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).



A) Trattamenti fisioterapici a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici **esclusivamente a seguito di infortunio documentato dal verbale di Pronto Soccorso.**

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'infortunio e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

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

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 2.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse **con applicazione di uno scoperto del 15%.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato **con applicazione di uno scoperto del 25%.**

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assicurato.

B) Trattamenti fisioterapici a seguito di specifici interventi chirurgici, ortopedici, neurochirurgici

Sono riconosciute le spese per i trattamenti fisioterapici esclusivamente a seguito di:

- i) intervento chirurgico ortopedico di artroprotesi;
- j) intervento chirurgico ortopedico diverso dall'artroprotesi;
- k) intervento di neurochirurgia endocranica;
- l) intervento di neurochirurgia diverso dalla chirurgia endocranica (ad es. chirurgia vertebrale o neurochirurgia sui nervi periferici).

I trattamenti fisioterapici dovranno essere effettuati entro 180 giorni dall'evento acuto di cui ai punti a), b), c) e d) e saranno riconosciuti esclusivamente ai fini riabilitativi, sempreché siano prescritti da medico specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuati presso un Centro Medico debitamente autorizzato.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso Centro Medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 2.000**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse **con applicazione di uno scoperto del 15%**.

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato **con applicazione di uno scoperto del 25%**.

In S.S.N.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, la Società rimborsa integralmente **senza applicazione di scoperti o franchigie** le eventuali spese per ticket sanitari effettivamente rimaste a carico dell'Assicurato.

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.000,00

Costo della prestazione di massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) € 240,00

Scoperto 15%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 204,00 a carico della Società e € 36,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.000,00

Richiesta di rimborso massoterapia (3 prestazioni, unica prescrizione con medesima patologia) € 240,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 180,00

MODULO N. 11 BASE – MEDICINA ALTERNATIVA**Opzione STANDARD**

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;
Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

Prestazioni di Medicina Alternativa o Complementare:

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica.



sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO**Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 150**

Submassimale

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un **massimo di € 20 per seduta.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato per **un massimo di € 20 per seduta.**

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta/ rimborsuale

Massimale € 150,00

Submassimale per seduta € 20,00

Costo della prestazione di Agopuntura (1 seduta) € 98,00

Prestazione autorizzata € 98,00 di cui € 20,00 a carico della Società e € 78,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 11 ALTA – MEDICINA ALTERNATIVA

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

Prestazioni di Medicina Alternativa o Complementare:

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica.



sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 300**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un **massimo di € 20 per seduta.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato per **un massimo di € 20 per seduta.**

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta/ rimbosuale

Massimale € 300,00

Submassimale per seduta € 20,00

Costo della prestazione di Agopuntura (1 seduta) € 98,00

Prestazione autorizzata € 98,00 di cui € 20,00 a carico della Società e € 78,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 11 TOTALE - MEDICINA ALTERNATIVA

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

Prestazioni di Medicina Alternativa o Complementare:

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica.



sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un **massimo di € 20 per seduta.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute
Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato per **un massimo di € 20 per seduta.**

Esempio opzione standard livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta/ rimborsuale

Massimale € 500,00

Submassimale per seduta € 20,00

Costo della prestazione di Agopuntura (1 seduta) € 98,00

Prestazione autorizzata € 98,00 di cui € 20,00 a carico della Società e € 78,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 11 BASE – MEDICINA ALTERNATIVA

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

Prestazioni di Medicina Alternativa o Complementare:

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica.



sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 200**

Submassimale

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un **massimo di € 35 per seduta.**

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato per un **massimo di € 35 per seduta.**

Esempio opzione plus livello di protezione base

Regime di assistenza diretta/ rimborsuale

Massimale € 200,00

Submassimale per seduta € 35,00

Costo della prestazione di Agopuntura (1 seduta) € 98,00

Prestazione autorizzata € 98,00 di cui € 35,00 a carico della Società e € 63,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 11 ALTA – MEDICINA ALTERNATIVA

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

Prestazioni di Medicina Alternativa o Complementare:

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica.



sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuate da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 350**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un **massimo di € 35 per seduta.**

In Strutture non Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato per **un massimo di € 35 per seduta.**

Esempio opzione plus livello di protezione alta

Regime di assistenza diretta/ rimborsuale

Massimale € 350,00

Submassimale per seduta € 35,00

Costo della prestazione di Agopuntura (1 seduta) € 98,00

Prestazione autorizzata € 98,00 di cui € 35,00 a carico della Società e € 63,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 11 TOTALE – MEDICINA ALTERNATIVA

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

Prestazioni di Medicina Alternativa o Complementare:

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica.



sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro

medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni in caso di malattia.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 550**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un **massimo di € 35 per seduta.**

In Strutture non Convenzionate Intesa Sanpaolo RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assicurato per **un massimo di € 35 per seduta.**

Esempio opzione plus livello di protezione totale

Regime di assistenza diretta/ rimbosuale

Massimale € 550,00

Submassimale per seduta € 35,00

Costo della prestazione di Agopuntura (1 seduta) € 98,00

Prestazione autorizzata € 98,00 di cui € 35,00 a carico della Società e € 63,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 12 BASE – MEDICINA ESTETICA

Opzione STANDARD

Il presente Modulo può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;
 Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

La Società provvede al rimborso delle spese sostenute durante il ricovero per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento; l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali e gli esami per i seguenti interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche con applicazione delle franchigie differenziate per ciascuna prestazione come di seguito riportato.



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

MEDICINA ESTETICA	
Prestazione	Franchigia
Teleangectasie	€ 212
Asportazione xantelasma	€ 503
Adiposità localizzate	€ 1.778
Blefaroplastica (2 palpebre)	€ 2.657
Blefaroplastica (4 palpebre)	€ 3.235
Capezzolo introflesso	€ 1.513
Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm	€ 1.995
Cicatrici da acne	€ 1.154
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm	€ 762
Dermoabrasione	€ 1.626
Innesto dermoepidermico	€ 1.362
Ricostruzione lobi auricolari	€ 629
Otoplastica <Orecchie ventola>	€ 2.781
Revisione di cicatrice	€ 3.186

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 1.000**

Esempio opzione standard livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.000,00

Costo dell'intervento di Blefaroplastica (2 palpebre) € 5.600,00

Franchigia Fissa € 2.657,00

Prestazione autorizzata: € 5.600,00 di cui € 1.000,00 a carico della Società e € 4.600,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 12 ALTA – MEDICINA ESTETICA

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

La Società provvede al rimborso delle spese sostenute durante il ricovero per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento; l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali e gli esami **per i seguenti interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche con applicazione delle franchigie differenziate per ciascuna prestazione come di seguito riportato.**



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

MEDICINA ESTETICA	
Prestazione	Franchigia
Teleangectasie	€ 190
Asportazione xantelasma	€ 453
Adiposità localizzate	€ 1.600
Blefaroplastica (2 palpebre)	€ 2.391
Blefaroplastica (4 palpebre)	€ 2.911
Capezzolo introflesso	€ 1.362
Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm	€ 1.796
Cicatrici da acne	€ 1.038
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm	€ 686
Dermoabrasione	€ 1.464
Innesto dermoepidermico	€ 1.226

Ricostruzione lobi auricolari	€ 566
Otoplastica <Orecchie ventola>	€ 2.503
Revisione di cicatrice	€ 2.867

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 2.500**

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.500,00

Costo dell'intervento di Blefaroplastica (2 palpebre) € 5.600,00

Franchigia Fissa € 2.391,00

Prestazione autorizzata: € 5.600,00 di cui € 2.500,00 a carico della Società e € 3.100,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 12 TOTALE – MEDICINA ESTETICA

Opzione STANDARD

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

La Società provvede al rimborso delle spese sostenute durante il ricovero per onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico; i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento; l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali e gli esami **per i seguenti interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche con applicazione delle franchigie differenziate per ciascuna prestazione come di seguito riportato.**



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

MEDICINA ESTETICA	
Prestazione	Franchigia
Teleangectasie	€ 180
Asportazione xantelasma	€ 428
Adiposità localizzate	€ 1.511

Blefaroplastica (2 palpebre)	€ 2.258
Blefaroplastica (4 palpebre)	€ 2.749
Capecozolo introflesso	€ 1.286
Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm	€ 1.696
Cicatrici da acne	€ 981
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm	€ 648
Dermoabrasione	€ 1.382
Innesto dermoepidermico	€ 1.157
Ricostruzione lobi auricolari	€ 535
Otoplastica <Orecchie ventola>	€ 2.364
Revisione di cicatrice	€ 2.708

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 3.500**

Esempio opzione standard livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 3.500,00

Costo dell'intervento di Blefaroplastica € 5.600,00

Franchigia Fissa € 2.258,00

Prestazione autorizzata: € 5.600,00 di cui € 3.342,00 a carico della Società e € 2.258,00 a carico dell'Assicurato

MODULO N. 12 BASE – MEDICINA ESTETICA

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

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



Prima del ricovero

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

Durante il ricovero

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

Dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati entro 30 giorni successivi all'intervento chirurgico, e purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 2.500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.500,00

Costo dell'intervento di Blefaroplastica: € 5.600,00

Franchigia Fissa € 350,00

Prestazione autorizzata: € 5.600,00 di cui € 2.500,00 a carico della Società e € 3.100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00

Richiesta di rimborso per intervento di Blefaroplastica € 5.600,00

Scoperto 25% minimo € 1.000,00

Indennizzo: € 2.500,00

MODULO N. 12 ALTA – MEDICINA ESTETICA

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;

Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

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



Prima del ricovero

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

Durante il ricovero

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

Dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati entro 45 giorni successivi all'intervento chirurgico, e purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Prestazione
MEDICINA ESTETICA
Teleangiectasie
Asportazione xantelasma
Adiposità localizzate

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- **€ 3.500**

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

Esempio opzione plus livello di protezione alta:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 3.500,00

Costo dell'intervento di Blefaroplastica: € 5.600,00

Franchigia Fissa € 350,00

Prestazione autorizzata: € 5.600,00 di cui € 3.500,00 a carico della Società e € 2.100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 3.500,00

Richiesta di rimborso per intervento di Blefaroplastica € 5.600,00

Scoperto 25% minimo € 1.000,00

Indennizzo: € 3.500,00

MODULO N. 12 TOTALE – MEDICINA ESTETICA

Opzione PLUS

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due**

Moduli:

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;



Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

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

Prima del ricovero

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

Durante il ricovero

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

Dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati entro 60 giorni successivi all'intervento chirurgico, e purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 5.000

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

In Strutture non Convenzionate con Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

Esempio opzione plus livello di protezione totale:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo dell'intervento di Blefaroplastica: € 5.600,00

Franchigia Fissa € 350,00

Prestazione autorizzata € 5.600,00 di cui € 5.000 a carico della Società e € 600,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di Blefaroplastica € 5.600,00

Scoperto 25% minimo € 1.000,00

Indennizzo: € 4.200,00 (€ 5.600,00 – 25%)

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

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

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

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

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

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

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

Categorie di Dati Personali

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

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

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

Finalità e base giuridica del trattamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per consentirLe la registrazione all' "Area riservata" 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, INPDAl, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

Le Società ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari

del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso o 4) incaricati da parte del Titolare come soggetti autorizzati al trattamento di tali dati.

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

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

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

1. Diritto di accesso

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

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

2. Diritto di rettifica

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

3. Diritto di cancellazione

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

trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento.

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

4. Diritto di limitazione di trattamento

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

5. Diritto alla portabilità dei dati

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

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

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

6. Diritto di opposizione

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

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

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

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

SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

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

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

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