

Assicurazione per le Malattie gravi

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. 
Prodotto: COLLETTIVA MALATTIE GRAVI

Data di realizzazione 02/2023

Questo documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima di sottoscrivere il contratto.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Sede legale: via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)

tel. +39 041 2518798

sito internet: www.intesasanpaolorbmsalute.com;

e-mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com; pec: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556.

Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione con il numero 1.00161 appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2021

Patrimonio netto: 492.561.713,00 euro, di cui capitale sociale 269.000.000,00 euro.

Totale delle riserve patrimoniali: 549.279.567,00 euro.

I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio. Possono essere consultati sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

Risultati della valutazione del profilo di rischio di Intesa Sanpaolo RBM Salute:

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 400.016.993 euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 100.004.248 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 438.839.834 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 378.837.285 euro
- Indice di solvibilità (*solvency ratio*): 110%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP; l'impegno della Compagnia è rapportato alle somme assicurate concordate con il contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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

- 1) attività dolosa dell'Assicurato
- 2) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi
- 3) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti
- 4) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo
- 5) uso di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 6) infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione

L'indennità non può essere richiesta anche nei seguenti casi:

- 1) relativamente all'evento infarto miocardico:
 - a. altre sindromi coronariche acute diverse dall'infarto miocardico
 - b. angina senza infarto miocardico
- 2) relativamente all'evento cancro:
 - a. carcinoma in situ, cancro in situ, cancro non invasivo, displasia e tutte le condizioni pre-maligne
 - b. carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
 - c. tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
 - d. carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante
 - e. cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina...) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili
- 3) relativamente all'evento ictus cerebrale:
 - a. attacco ischemico transitorio (TIA)
 - b. lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni
 - c. emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente; anomalie riscontrate alla TAC o alla RMI in assenza di chiara sintomatologia clinica di ictus e relativi deficit neurologici
- 4) relativamente all'evento trapianto d'organo:
 - a. trapianto di altri organi diversi dal cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo, parti di organi, tessuti o cellule
 - b. trapianto parziale o l'impiego di cellule staminali
- 5) relativamente all'evento coma:
 - a. coma farmacologico
 - b. coma secondario legato all'abuso di alcool o sostanze stupefacenti.




Ci sono limiti di copertura?

Di seguito gli Indennizzi, i massimali e i regimi di erogazione delle garanzie a seconda delle diverse opzioni. Sono previsti tre opzioni a scelta: Basic, Medium, Top.


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


OPZIONE BASIC	
Garanzie	Importi, Massimali e Modalità di erogazione
Indennizzo per stati patologici	
Importo	10.000,00 euro a Evento
Second Opinion	


Massimale	1 volta l'anno entro 6 mesi dalla diagnosi
Regime di erogazione	Assistenza diretta
Visita di controllo	
Massimale	1 visita all'anno
Regime di erogazione	Assistenza diretta
OPZIONE MEDIUM	
Garanzie	Importi, Massimali e Modalità di erogazione
Indennizzo per stati patologici	
Massimale	20.000,00 euro a Evento
Second Opinion	
Massimale	1 volta l'anno entro 6 mesi dalla diagnosi
Regime di erogazione	Assistenza diretta
Visita di controllo	
Massimale	1 volta l'anno
Regime di erogazione	Assistenza diretta
OPZIONE TOP	
Garanzie	Importi, Massimali e Modalità di erogazione
Indenizzo per stati patologici	
Massimale	50.000,00 euro a Evento
Second Opinion	
Massimale	1 volta l'anno entro 6 mesi dalla diagnosi
Regime di erogazione	Assistenza diretta
Visita di controllo	
Massimale	1 volta l'anno
Regime di erogazione	Assistenza diretta


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: L'Assicurato può denunciare un sinistro in regime di assistenza diretta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tramite web (area riservata/ app mobile) - contattando la Compagnia ai numeri 800 776 490 (dall'Italia) o 011 5695389 (dall'Estero). La Centrale Operativa è disponibile da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle 20.00 e il sabato dalle 08.30 alle 13.30. <p>In caso di utilizzo del regime indennitario, l'Assicurato può denunciare il sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tramite web (area riservata/ app mobile) - inviando richiesta scritta a: <p>Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. c/o InSalute Servizi S.p.A. Via San Francesco d'Assisi, 10 10122 Torino</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: l'Assicurato può accedere alla Second Opinion e alla visita di controllo esclusivamente presso il Network reso disponibile dalla Compagnia dopo aver attivato la Centrale operativa.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: non prevista.</p>
	<p>Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole</p>

	scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del Sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo e può cessare l'Assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). L'Assicurato deve comunicare alla Compagnia ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Non è prevista la compilazione del Questionario sanitario.
Obblighi dell'impresa	La Compagnia si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - rilasciare l'autorizzazione entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-assicurative hanno avuto esito positivo. b) Pagamento dell'indennizzo - mettere in pagamento l'Indennizzo (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 30 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di Indennizzo completa della documentazione giustificativa medica necessaria.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il Premio è annuo e indivisibile. Le somme assicurate e i Premi non sono indicizzati. Il Premio comprende l'imposta. Il Premio è versato dal Contraente alla Compagnia con addebito su c/c o con bonifico bancario.
Rimborso	Non è previsto il rimborso del Premio perché, se in corso d'anno si perdono i requisiti per beneficiare della copertura assicurativa, le garanzie operano fino alla prima scadenza utile.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	L'Assicurazione dura un anno e ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di polizza se il Premio è stato pagato. Se non è disdettata alla scadenza entro i termini previsti, l'Assicurazione è tacitamente prorogata per 1 anno e così di seguito per le successive scadenze. La Polizza non prevede periodi di Carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	Se il metodo di pagamento scelto è il bonifico bancario, il Contraente ha tempo fino al 15° giorno dalla data di decorrenza indicata nel Certificato di Polizza per effettuare il pagamento del Premio. La gestione dei Sinistri sia in Assistenza diretta che in forma indennitaria rimane sospesa fino al pagamento del Premio. Se il Contraente non paga il Premio entro il 15° giorno la Polizza verrà annullata ed eventuali Sinistri precedentemente denunciati non verranno ritenuti indennizzabili.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Dopo la stipula il contraente non può recedere.
Risoluzione	Oltre quelli previsti dalla legge, non sono previsti casi, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
---	--

Categorie omogenee di soggetti:

- con contratto di lavoro dipendente (anche Enti del terzo Settore): dirigenti, quadri direttivi, impiegati, operai e soci lavoratori;
- con contratto di lavoro dipendente e non: Amministratori/Imprenditori (in presenza di categoria omogenea di lavoratori dipendenti), membri del Consiglio di Amministrazione (in presenza di categoria omogenea di lavoratori dipendenti), stagisti, tirocinanti, persone con contratto di collaborazione
- appartenenti ad altre categorie: soci e liberi professionisti



Quali costi devo sostenere?

La quota parte percepita dall'intermediario, con riferimento all'intero flusso commissionale previsto dal contratto, è pari al 12% del premio imponibile.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami sul contratto o un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati all'Ufficio Reclami di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. a scelta:</p> <ul style="list-style-type: none">- compilando on line il modulo (https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html)- per posta, ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)- per fax: 0110932609- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com <p>Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none">- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità- numero di pratica- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.</p> <p>La Compagnia risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Con l'assistenza necessaria di un avvocato, puoi interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98) al fine di raggiungere un accordo tra le parti.</p> <p>Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.</p> <p>La richiesta di mediazione può essere inviata a: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Ufficio Reclami Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)</p> <p>oppure all'indirizzo mail: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato a Intesa Sanpaolo RBM Salute.</p>

	La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione di procedibilità per poter agire giudizialmente.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE/ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.