

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. 
Prodotto: COLLETTIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

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 della Compagnia.

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.intesasampaolorbmsalute.com;

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

Sono esclusi dall'Assicurazione:

- 1) Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
- 2) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
- 3) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni

	<p>4) Infortuni che derivano 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 che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill"</p> <p>5) Infortuni derivanti dallo svolgimento di Sport professionistico o dalla partecipazione a Gare professionistiche, e relative prove e allenamenti</p> <p>6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo</p> <p>7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico</p> <p>8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti</p> <p>9) spese in conseguenza di Malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico</p> <p>10) interruzione volontaria della gravidanza</p> <p>11) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da Polizza, per tumori maligni</p> <p>12) prestazioni di natura odontoiatrica salvo quanto previsto alla garanzia E) "Prestazioni odontoiatriche da malattia e infortunio e prevenzione orale"</p> <p>13) cure e interventi per eliminare o correggere Difetti fisici o le loro conseguenze, salvo quanto previsto all'art. 22</p> <p>14) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di Infortuni o Malattie non indennizzabili ai sensi di Polizza</p> <p>15) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)</p> <p>16) Ricoveri in lungodegenza</p> <p>17) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli Interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi l'Indennità sostitutiva di cui all'art. 1.5</p> <p>18) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia)</p> <p>19) interventi di Chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica</p> <p>20) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero"</p> <p>21) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)</p> <p>22) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini, salvo quanto previsto nella garanzia D) "Prevenzione"</p> <p>23) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale</p> <p>24) Ricoveri impropri</p> <p>25) le spese mediche relative a Infortuni occorsi prima della decorrenza della Polizza, le relative conseguenze e complicanze</p> <p>26) conseguenze dirette o indirette di pandemie, salvo quanto previsto nella garanzia "Indennità per Sindromi influenzali di natura pandemica"</p>
--	--

Condizioni		
	Ticket	Franchigia 10,00 euro a ticket
4. Pacchetto maternità		
Massimale		500,00 euro a gravidanza
Condizioni:		
	Ticket	nessuno Scoperto/Franchigia
5. Indennità sostitutiva per parto		
Massimale		70,00 euro al giorno max 7 giorni
6. Lenti e occhiali da vista (compresa montatura)		
Massimale		necessaria la modifica del visus 100,00 euro
Condizioni:		
	diretta/rimborso	Franchigia 50,00 euro
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (C)		
Trattamenti fisioterapici da Infortunio o patologie particolari e Agopuntura		patologie da elenco
Massimale		300,00 euro con sotto-limite di 150,00 euro per agopuntura
Condizioni:		
	diretta	Franchigia 25,00 euro a seduta
	Ticket	nessuno Scoperto/Franchigia
PREVENZIONE (D)		
1. Protocolli di prevenzione		1 pacchetto a scelta, solo regime diretto
Prevenzione cardiovascolare		1 volta ogni 2 anni
Prevenzione oncologica		1 volta ogni 2 anni (uomo >45 anni, donna >35 anni)
2. Prevenzione Herpes Zoster		solo per Assicurati >55 anni
Massimale		150,00 euro una tantum
Condizioni:		Franchigia 36,15 euro
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA MALATTIA E INFORTUNIO E PREVENZIONE ORALE (E)		
1. Prestazioni di implantologia		comprese le corone provvisorie
Massimale		2.000,00 euro (sotto-limite 500,00 euro per 1 impianto, 900,00 euro per 2)
Condizioni:		
	diretta/rimborso (*)	Scoperto 25%
2. Avulsione denti (estrazione denti)		
Massimale		300,00 euro
	diretta/rimborso (*)	Scoperto 25%, max 4 denti
3. Prestazioni odontoiatriche di controllo		solo regime diretto (*), 1 volta l'anno
Condizioni		- per visita specialistica odontoiatrica nessuno Scoperto/Franchigia per ablazione tartaro Scoperto 50%
ALTRE GARANZIE (F)		
1. Trisomia 21 – Sindrome di Down		Indennità una tantum alla nascita intervenuta durante il periodo di copertura
Massimale		7.000,00 euro
2. Prestazioni per pandemia		
2.1 Copertura indennitaria per ricovero		50,00 euro al giorno per i primi 15 giorni e di e 25 per i successivi con un massimo di 30 giorni
2.2 Copertura indennitaria da convalescenza post terapia intensiva		2.500,00 euro una tantum alle dimissioni

(*) l'Assicurato può usufruire delle prestazioni odontoiatriche anche fuori network se il centro convenzionato più vicino è distante più di 40 km dal domicilio o dal luogo di lavoro.

OPZIONE MEDIUM

	<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 scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del Sinistro.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Il Contraente, l'Aderente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, l'Assicurato può 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.</p>
Obblighi dell'impresa	<p>La Compagnia si impegna a:</p> <p>a) Regime di assistenza diretta</p> <p>- rilasciare l'autorizzazione entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-mediche-assicurative hanno avuto esito positivo.</p> <p>b) Regime rimborsuale</p> <p>- mettere in pagamento l'Indennizzo (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di Rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.</p>

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il Premio è annuo e indivisibile, Il Contraente deve pagare il Premio alla Compagnia con bonifico bancario entro 15 giorni dall'incasso del contributo relativo alla copertura assicurativa. Le somme assicurate e i Premi non sono indicizzati. Il Premio comprende l'imposta.</p>
Rimborso	<p>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.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Il contratto di assicurazione ha durata annuale e decorre dalla data indicata sul Certificato di Polizza.</p> <p>Se non è disdettata alla scadenza, la Polizza 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).</p>
Sospensione	<p>Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.</p> <p>Le successive scadenze devono comunque essere rispettate (Art. 1901 del Codice civile). Scaduti i termini, con raccomandata la Compagnia può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i Premi scaduti.</p>

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	<p>Dopo la stipula il contraente non può recedere.</p> <p>Dopo l'adesione, l'Aderente non può recedere.</p>
Risoluzione	<p>Oltre quelli previsti dalla legge, non sono previsti casi, in cui il Contraente e l'Aderente hanno diritto di risolvere il contratto.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

A categorie omogenee di soggetti

- con contratto di lavoro dipendente (anche di Enti del Terzo Settore): dirigenti, quadri direttivi, impiegati e operai-soci lavoratori
- con contratto di lavoro dipendente e non: amministratori/imprenditori, membri del CDA, stagisti, tirocinanti, personale con contratto di collaborazione
- altre categorie: soci e liberi professionisti e relativo Nucleo familiare.



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>Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. 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	Tramite richiesta del proprio avvocato a Intesa Sanpaolo RBM Salute. 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.