

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A. – Direzione Generale in Italia – Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di Assicurazione

Prodotto: COLLETTIVA RIMBORSO SPESE MEDICHE

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

La copertura prevede il rimborso delle spese riconducibili all'Infortunio o Malattia per prestazioni ospedaliere, extraospedaliere, di prevenzione, fisioterapiche, odontoiatriche e altre garanzie.



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce, a seconda dell'opzione scelta:

- ✓ Rimborso delle spese mediche in caso di Ricovero con o senza Intervento, Day hospital, Day surgery, Intervento ambulatoriale, parto naturale
- ✓ Indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero
- ✓ Neonati: rimborso delle spese per cure e Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e Difetti fisici
- ✓ Alta specializzazione: rimborso delle spese per un elenco di prestazioni di alta diagnostica e diagnostica strumentale standard
- ✓ Visite specialistiche
- ✓ Rimborso dei ticket sanitari per accertamenti diagnostici, comprese le analisi di laboratorio, e per pronto soccorso
- ✓ Pacchetto maternità e Indennità sostitutiva per parto
- ✓ Lenti/occhiali: rimborso delle spese per acquistare lenti per occhiali, montature, lenti a contatto a seguito di modifica del visus
- ✓ Trattamenti fisioterapici da infortunio o patologie particolari e agopuntura
- ✓ Prevenzione: cardiovascolare, oncologica, della sindrome metabolica, delle vie respiratorie, da herpes zoster
- ✓ Prestazioni odontoiatriche: implantologia, evulsione denti, prevenzione odontoiatrica
- ✓ Altre garanzie: trisomia 21 – Sindrome di Down, indennità per sindromi influenzali di natura pandemica

La copertura ha un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ I Titolari con età inferiore ai 16 anni e chi abbia già compiuto 71 anni
- ✗ La copertura assicurativa non opera anche in altri casi, come per esempio:
 - gli infortuni dalla pratica di alcuni sport (tra cui bob e rugby) e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti
 - gli infortuni, le patologie derivanti da sieropositività HIV nonché le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
 - le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui l'interruzione volontaria di gravidanza) o dovute a cure e interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura prevede franchigie e scoperti specifici per garanzia, che possono causare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Vale per il Mondo intero. I danni sono liquidati in Italia, in euro. Per le spese sostenute all'estero i Rimborsi sono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.



Che obblighi ho?

- Quando viene sottoscritto il contratto, il Contraente (Fondo Sanitario), l'Aderente (persona giuridica che associandosi al Fondo Sanitario e sottoscrivendo il piano sanitario, aderisce alla polizza) e l'Assicurato devono fare dichiarazioni precise, complete e non reticenti sul rischio da assicurare. Se non rispettano questi obblighi, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e l'assicurazione può cessare
- L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il Sinistro alla Compagnia non appena possono. Se questo obbligo non è rispettato, si può perdere del tutto o in parte il diritto al Rimborso delle spese
- Se l'Assicurato è rimborsato da Fondi o Enti deve inviare la documentazione di liquidazione di tali Enti insieme alle fotocopie delle relative fatture
- Per ottenere la liquidazione dei Sinistri, è necessario presentare la documentazione medica completa di diagnosi intestata all'Assicurato
- In caso di Infortunio, se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, l'Assicurato deve comunicare alla Compagnia il nome e il recapito del terzo responsabile e inviare il referto del pronto soccorso
- In caso di incidente stradale, quando fa la prima richiesta di Rimborso per le conseguenti prestazioni sanitarie, l'Assicurato deve inviare alla Compagnia il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole)
- Se l'Assicurato vuole utilizzare una struttura convenzionata, o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato deve sempre usare il regime di Assistenza diretta



Quando e come devo pagare?

- 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.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto di assicurazione ha durata annuale e decorre dalla data indicata sul Certificato di Polizza
- Se alla scadenza la Polizza non è disdettata, è tacitamente prorogata per 1 anno e così di seguito alle successive scadenze.



Come posso disdire la polizza?

- Il Contraente può sempre disdire ogni anno la Polizza senza oneri, con raccomandata o PEC spedita almeno 180 giorni prima della scadenza annuale.
- L'Aderente può sempre dare disdetta ogni anno alla singola adesione senza oneri, con raccomandata o mezzi equivalenti spedita alla Compagnia o sottoscrivendo l'apposito modulo di disdetta presso la filiale della Banca nella quale ha acquistato la Polizza o trasferito il conto corrente almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.