

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

RBM Assicurazione Salute S.p.A.



Prodotto: Stai in Salute – Stop Cancro

Ultima release 29/07/2019

Il presente 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 dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede legale in Via Forlanini, 24, 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) tel. +39 0422 062700 sito internet: www.rbmsalute.it; e-mail: info@rbmsalute.it; pec: rbmsalutespa@pecrbmsalute.it
La Società è stata autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 ed iscritta nell' Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00161.

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2018

Patrimonio netto: € 230.873 migliaia di euro, di cui capitale sociale € 120.000 migliaia di euro e totale delle riserve patrimoniali € 73.766 migliaia di euro. I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) vengono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio della Società. Per la loro consultazione si rinvia al sito www.rbmsalute.it (sezione Informazioni Societarie). Le risultanze della valutazione del profilo di rischio della Società, vedono i seguenti parametri fondamentali:

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 139.405 migliaia di euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 34.851 migliaia di euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 243.975 migliaia di euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 235.671 migliaia di euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 175% (189% al netto dell'add on di capitale).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP; l'ampiezza dell'impegno della Società è rapportata ai massimali ed alle somme assicurate concordate con il contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) 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;
- 2) attività dolosa del Titolare o dei Beneficiari;
- 3) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi;
- 4) le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 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 di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 7) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Relativamente alla **garanzia A) Indennità per Cancro** sono esclusi dall'assicurazione inoltre:

	8) "Carcinoma in situ", o tumore "in situ", displasia e tutte le forme premaligne; 9) Tumore della prostata, salvo che non sia progredita almeno alla categoria T2N0M0 della classificazione TNM; 10) Qualsiasi tumore cutaneo primario diverso dal melanoma maligno che si sia diffuso oltre l'epidermide (lo strato superficiale della pelle); 11) Carcinoma papillare della ghiandola tiroide confinato all'organo; 12) neoplasie maligne diagnosticate prima della stipula del contratto.
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate riferiti alle diverse opzioni. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/persona.

PROTEZIONE SMALL

Garanzie	INDENNIZZI E LIMITI PER PERSONA
GARANZIE	
A) INDENNITA' PER CANCRO	€ 20.000 una tantum Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni
B) PREVENZIONE ONCOLOGICA	1 volta a biennio in un'unica soluzione

PROTEZIONE MEDIUM


Garanzie	INDENNIZZI E LIMITI PER PERSONA
GARANZIE	
A) INDENNITA' PER CANCRO	€ 25.000 una tantum Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni
B) PREVENZIONE ONCOLOGICA	1 volta a biennio in un'unica soluzione


PROTEZIONE LARGE


Garanzie	INDENNIZZI E LIMITI PER PERSONA
GARANZIE	
A) INDENNITA' PER CANCRO	€ 35.000 una tantum Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni
B) PREVENZIONE ONCOLOGICA	1 volta a biennio in un'unica soluzione

PROTEZIONE EXTRA LARGE

Garanzie	INDENNIZZI E LIMITI PER PERSONA
GARANZIE	
A) INDENNITA' PER CANCRO	€ 50.000 una tantum Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni
B) PREVENZIONE ONCOLOGICA	1 volta a biennio in un'unica soluzione

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità, comunicandolo alla Società per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la richiesta di indennizzo.
	Assistenza diretta/in convenzione: L'Assicurato ha la facoltà di accedere, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, ad alcune prestazioni sanitarie ed odontoiatriche erogate dalle strutture appartenenti al Network reso disponibile dalla Società.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: 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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - rilasciare un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di autorizzazione completa e per la quale abbiano avuto esito positivo le verifiche tecnico-mediche-assicurative. L'Assicurato, previa prenotazione, potrà effettuare la prestazione presso la struttura riportata nel VoucherSalute® entro 30 giorni dal rilascio di quest'ultimo. L'esecuzione della prestazione entro 30 giorni è garantita esclusivamente con riferimento alle strutture proposte dalla Centrale Operativa. b) Regime rimborsuale - mettere in pagamento l'indennizzo all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di rimborso completa di tutta la documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno. Il premio dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato come riportato sul certificato di polizza, oppure mediante pagamento mensile secondo la modalità di pagamento prescelta. 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).
Rimborso	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.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il contratto di assicurazione ha una durata di 1 anno 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). La polizza prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	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

	<p>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).</p> <p>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.</p> <p>In caso di pagamento dei premi successivo al 15° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di carenza.</p>
--	--



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	<p>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: RBM Assicurazione Salute S.p.A. - Sede Legale - via E. Forlanini, 24 - 31022, Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde. 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.</p>
Risoluzione	<p>Non sono previsti casi, oltre quelli previsti dalla legge, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.</p>



A chi è rivolto questo prodotto?

<p>Il prodotto assicurativo è destinato a persone che intendono ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o malattia.</p>
--



Quali costi devo sostenere?

<p>Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.</p>
--

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami di RBM Assicurazione Salute S.p.A. con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tramite compilazione di apposita form-mail, reperibile sul sito della Società www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami, compilabile direttamente on-line; - tramite posta, ordinaria o raccomandata, indirizzata a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde; - via fax al numero 0422/062909; - via mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it. <p>Ove non sia utilizzata la form-mail, per individuare correttamente la posizione e dar seguito ad una pronta trattazione della pratica al fine di fornire 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 alla presentazione del reclamo sottoscritta dall' Assicurato e copia del relativo documento d'identità; - numero di pratica; - sintetica ed esaustiva esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto. RBM Assicurazione Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.</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	Interpellando obbligatoriamente un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.
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 ALL'ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.