

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: TUTTOSALUTE! 2.0

Data di aggiornamento 09/2021

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.

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 2020

Patrimonio netto: 367.891.567,00 euro, di cui capitale sociale 160.000.000,00 euro.

Totale delle riserve patrimoniali: 146.026.695,00 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) = 143.283.029 euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 35.820.757 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 387.030.759 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 387.030.759 euro
- Indice di solvibilità (*solvency ratio*): 270%

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) 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

	<p>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";</p> <p>4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;</p> <p>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;</p> <p>9) l'interruzione volontaria della gravidanza;</p> <p>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; iv) salvo quanto previsto nel Modulo 12 "Medicina Estetica", se inserito in copertura;</p> <p>11) le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale), salvo quanto previsto nel Modulo 5 "Dentista", se inserito in copertura;</p> <p>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;</p> <p>13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza;</p> <p>14) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto nel Modulo 11 "Medicina Alternativa", se inserito in copertura;</p> <p>15) ricoveri in lungodegenza;</p> <p>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;</p> <p>17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;</p> <p>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;</p> <p>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;</p> <p>20) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);</p> <p>21) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, salvo quanto previsto nel Modulo 9 "Prevenzione";</p> <p>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;</p> <p>23) ricoveri impropri;</p> <p>24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;</p> <p>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 per le "Patologie pregresse";</p> <p>26) i parafarmaci e i medicinali non compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici;</p> <p>27) infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;</p> <p>28) partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato</p>
--	---

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.



Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente 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 deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso della Società.

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

MODULO 1 - RICOVERO CLINICA PRIVATA		
	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
a) RICOVERO CLINICA PRIVATA	da elenco Modulo 1	RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTI AMBULATORIALI
Massimale	€ 120.000 / € 100.000 / € 90.000	€ 120.000 / € 100.000 / € 90.000
Condizioni:		
In network	franchigia € 1.000	franchigia € 1.000
Fuori network	scoperto 20% minimo non indennizzabile di € 2.000 con sottomassimale € 10.000 per evento	scoperto 20% minimo non indennizzabile di € 2.000 con sottomassimale € 8.000 per evento
Carenza	30 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	30 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
Limite Retta Degenza solo Fuori Network	€ 300 al giorno	€ 300 al giorno
Materiali protesici e presidi terapeutici	scoperto 30%	scoperto 30%
Pre/Post	90/90	90/90
Limite Accompagnatore solo Fuori Network	€ 50 al giorno max 30 giorni per evento	€ 50 al giorno max 30 giorni per evento
Assistenza Infermieristica	€ 50 al giorno max 30 giorni per evento	€ 50 al giorno max 30 giorni per evento
Trasporto	€ 1.500 per evento	€ 1.500 per evento
b) INDENNITA' SOSTITUTIVA PARTO (Ricovero Privato in Istituto di Cura)	€ 80 / € 50 / € 35 al giorno max 7 giorni (no pre/post)	€ 80 / € 50 / € 35 al giorno max 7 giorni (no pre/post)
Carenza	271 giorni	271 giorni
c) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE	nel primo anno di vita (no pre/post)	nel primo anno di vita (no pre/post)
Massimale	€ 10.000 / € 5.000 / € 2.500	€ 10.000 / € 5.000 / € 2.500
Carenza	30 giorni	30 giorni
MODULO 2 - RICOVERO OSPEDALE S.S.N.		
	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
a) RICOVERI STANDARD	da elenco Modulo 2	RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTI AMBULATORIALI
INDENNITA' SOSTITUTIVA (Intervento chirurgico in Ospedale S.S.N.)	€ 80 / € 50 / € 35 al giorno max 100 giorni	€ 80 / € 50 / € 35 al giorno max 100 giorni


Pre/Post	90/90 (solo ticket, massimale 35% indennità erogata) 30 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	90/90 (solo ticket, massimale 35% indennità erogata) 30 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
Carenza		
b) INDENNITA' SOSTITUTIVA PARTO (Ricovero in Ospedale S.S.N.)	€ 80 al giorno max 7 giorni (no pre/post)	€ 80 al giorno max 7 giorni (no pre/post)
Carenza	271 giorni	271 giorni
MODULO 3 - VISITE E DIAGNOSTICA PRIVATO		
	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
a) ALTA SPECIALIZZAZIONE	da elenco Modulo 3	da elenco Modulo 3
Massimale	€ 6.000 / € 3.000 / € 1.500	€ 6.000 / € 3.000 / € 1.500
Condizioni:		
In network	franchigia € 35 per prestazione	franchigia € 25 per prestazione
Fuori network	franchigia € 55 per prestazione	franchigia € 35 per prestazione
Carenza	90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
b) VISITE SPECIALISTICHE		
Massimale	€ 700 / € 500 / € 300	€ 700 / € 500 / € 300
Condizioni:		
In network	franchigia di € 30 per prestazione	franchigia di € 15 per prestazione
Fuori network	rimborso massimo € 25 per prestazione	rimborso massimo € 50 per prestazione
Carenza	90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
c) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI		
Massimale	solo In Network	solo In Network
Condizioni	€ 500 / € 300 / € 150	€ 500 / € 300 / € 150
Carenza	franchigia di € 20 per fattura 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	franchigia di € 10 per fattura 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
d) PACCHETTO MATERNITA'		
Massimale	max 4 visite elevate a 6 se a rischio	max 4 visite elevate a 6 se a rischio
Condizioni	€ 750 / € 500 / € 350	€ 750 / € 500 / € 350
	franchigia di € 25 per prestazione	franchigia di € 15 per prestazione
	<u>Altre prestazioni (solo In Network):</u>	<u>Altre prestazioni (solo In Network):</u>
	- Harmony	- Harmony Test
Test	- supporto psicologico: 1 visita (entro 3 mesi dal parto)	- supporto psicologico: 3 visite (entro 3 mesi dal parto)
		- Weekend
		Benessere (entro 1 anno dal parto)
Carenza	271 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	271 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
MODULO 4 - VISITE E DIAGNOSTICA S.S.N.		
	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
a) ALTA SPECIALIZZAZIONE	da elenco Modulo 4	da elenco Modulo 4
Massimale	€ 300 / € 200 / € 150	€ 300 / € 200 / € 150


Condizioni: Ticket Carenza	franchigia di € 10 per ticket 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	nessuna franchigia per i ticket 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
b) VISITE SPECIALISTICHE Massimale Condizioni: Ticket Carenza	€ 250 / € 150 / € 100 franchigia di € 10 per ticket 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	€ 250 / € 150 / € 100 nessuna franchigia per i ticket 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
c) ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO Massimale Condizioni: Ticket Carenza	€ 250 / € 150 / € 100 franchigia di € 10 per ticket 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	€ 250 / € 150 / € 100 nessuna franchigia per i ticket 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
d) PACCHETTO MATERNITA' Massimale Condizioni: Ticket Carenza	max 4 visite elevate a 6 se a rischio € 250 / € 150 / € 100 franchigia € 10 per prestazione 271 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	max 4 visite elevate a 6 se a rischio € 250 / € 150 / € 100 nessuna franchigia per i ticket 271 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
MODULO 5 - DENTISTA		
	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
a) PRESTAZIONI DI IMPLANTOLOGIA Massimale Condizioni: In network Fuori network Carenza	solo In Network illimitato franchigia per impianto: € 800 / € 1.000 / 1.200 non previste nessuna carenza	Massimale annuo € 1.150; sottomassimale per 1 impianto: € 450 - per 2 impianti: € 800 Massimale annuo € 800; sottomassimale per 1 impianto: € 300 - per 2 impianti: € 550 Massimale annuo € 600; sottomassimale per 1 impianto: € 250 - per 2 impianti: € 400 scoperto 20% non previste 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
b) AVULSIONE (ESTRAZIONE DENTI) Massimale Condizioni: In network Fuori network Carenza	solo In Network illimitato estrazione semplice: franchigia € 35 / € 45 / € 50 estrazione complessa: franchigia € 120 / € 135 / € 150 non previste nessuna carenza	solo In Network illimitato a) Fino a 3 denti (estrazione semplice o complessa): franchigia € 15 - € 20 - € 25 per sinistro b) Oltre il terzo dente: estrazione semplice: franchigia € 35 / € 45 / € 50 estrazione complessa: franchigia € 120 / € 135 / € 150 non previste 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
c) ALTRE CURE ODONTOIATRICHE - Conservativa, Chirurgia, Protesica, Ortognatodonzia	Solo in Network - da elenco Modulo 5	Solo in Network - da elenco Modulo 5


- Igiene orale e Parodontologia, Diagnostica		
Condizioni	franchigia differenziata per ciascuna prestazione	franchigia differenziata per ciascuna prestazione
Carenza	nessuna carenza	nessuna carenza
d) PREVENZIONE ODONTOIATRICA		
- visita specialistica odontoiatrica	solo In Network - 1 volta/anno	solo In Network - 1 volta/anno
- ablazione tartaro	100%	100%
Carenza	100%	100%
	nessuna carenza	nessuna carenza
e) EMERGENZA ODONTOIATRICA		
Condizioni	solo In Network - 1 volta/anno	solo In Network - 1 volta/anno
Carenza	franchigia per evento: nessuna franchigia / € 35 / € 50	franchigia per evento: nessuna franchigia / € 35 / € 50
	nessuna carenza	nessuna carenza
MODULO 6 - NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI		
	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
a) INABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA		
Condizioni	indennizzo di € 3.000 / € 1.500 / € 750 (per max 3 anni)	indennizzo di € 10.000 / € 7.000 / € 5.000 (per max 3 anni)
Carenza	4 ADL su 6 ADL	4 ADL su 6 ADL
	nessuna carenza	nessuna carenza
b) SERVIZI ASSISTENZIALI		
In network	solo In Network	solo In Network
	-	- Consulenza
Consulenza Medica	- Guardia	Medica - Guardia Medica
Medica Permanente	- Second	Permanente - Second Opinion
Opinion	- Tutoring	- Tutoring
		- Trasporto
		Sanitario (massimale € 1.500)
		(massimale € 2.000) - Rimpatrio Salma
		(massimale € 700) - Rientro Sanitario
Carenza	nessuna carenza	nessuna carenza
MODULO 7 - MEDICINALI		
	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
a) FARMACI GENERICI		
Massimale	€ 500 / € 350 / € 250	€ 500 / € 350 / € 250
Condizioni	scoperto 50%	scoperto 25%
Carenza	90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
b) TICKET		
Massimale	€ 500 / € 350 / € 250	€ 500 / € 350 / € 250
Condizioni	rimborso del 50% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket)	rimborso del 75% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket)
Carenza	90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
MODULO 8 - LENTI ED OCCHIALI		

	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
a) OCCHIALI	Solo in Network - da elenco Modulo 8	1 paio all'anno, in seguito a modifica del visus
Massimale	illimitato	€ 150 / € 130 / € 100
Condizioni:	franchigia differenziata per ciascuna prestazione	
In network		franchigia € 15
Fuori network	non previste	franchigia € 30
Carenza	nessuna carenza	90 giorni
b) ALTRE VOCI	Solo in Network - da elenco Modulo 8	Solo in Network - da elenco Modulo 8
Massimale	illimitato	illimitato
Condizioni	franchigia differenziata per ciascuna prestazione	franchigia differenziata per ciascuna prestazione
Fuori network	non previste	non previste
Carenza	nessuna carenza	nessuna carenza
MODULO 9 - PREVENZIONE		
	OPZIONE STANDARD	OPZIONE PLUS
	da elenco Modulo 9	da elenco Modulo 9
Condizioni:		
In network	1 pacchetto all'anno di prestazioni predefinite in Network, a scelta fra:	2 pacchetti all'anno di prestazioni predefinite in Network, a scelta fra:
	-	- prevenzione
	prevenzione cardiovascolare	cardiovascolare
	-	- prevenzione
	prevenzione oncologica	oncologica
	-	- prevenzione
	prevenzione della sindrome metabolica	della sindrome metabolica
	-	- prevenzione
	prevenzione pediatrica	pediatrica
	-	- prevenzione
	prevenzione oculistica	oculistica
	-	- prevenzione
	prevenzione delle vie respiratorie	delle vie respiratorie
	-	- prevenzione
	prevenzione dermatologica	dermatologica
	-	- prevenzione
	prevenzione otorinolaringoiatrica	otorinolaringoiatrica
Fuori network	non previste	non previste
Carenza	nessuna carenza	nessuna carenza
MODULO 10 - FISIOTERAPIA		
	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
a) TRATTAMENTI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO		
Massimale	€ 2.000 / € 1.500 / € 1.000	€ 2.000 / € 1.500 / € 1.000
Condizioni:	trattamenti da eseguire entro 180 gg dall'infortunio	trattamenti da eseguire entro 180 gg dall'infortunio
In network	scoperto 15%	scoperto 15%
Fuori network	scoperto 25%	scoperto 25%
Ticket	100%	100%
Carenza	nessuna carenza	nessuna carenza

b) TRATTAMENTI RIABILITATIVI A SEGUITO DI SPECIFICI INTERVENTI CHIRURGICI, ORTOPEDICI, NEUROCHIRURGICI Massimale Condizioni: In network Fuori network Ticket Carenza	NON PREVISTI	€ 2.000 / € 1.500 / € 1.000 trattamenti da eseguire entro 180 gg dall'evento acuto scoperto 15% scoperto 25% 100% 30 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
MODULO 11 - MEDICINA ALTERNATIVA		
	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
Massimale Condizioni: In network Fuori network Carenza	<u>PRESTAZIONI DI MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE:</u> - agopuntura effettuata da medico - trattamenti osteopatici - trattamenti chiropratici - trattamenti € 500 / € 300 / € 150 rimborso € 20 per seduta rimborso € 20 per seduta 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	<u>PRESTAZIONI DI MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE:</u> - agopuntura effettuata da medico - trattamenti osteopatici - trattamenti chiropratici - trattamenti € 550 / € 350 / € 200 rimborso € 35 per seduta rimborso € 35 per seduta 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
MODULO 12 - MEDICINA ESTETICA		
	OPZIONE STANDARD (protezione Totale/Alta/Base)	OPZIONE PLUS (protezione Totale/Alta/Base)
Massimale Condizioni: In network Fuori network Pre Post Carenza	INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE Solo in Network - da elenco Modulo 12 € 3.500 / € 2.500 / € 1.000 franchigia differenziata per ciascuna prestazione 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE Da elenco Modulo 12 € 5.000 / € 3.500 / € 2.500 franchigia € 350 per evento scoperto 25% minimo non indennizzabile di € 1.000 30 giorni 60/45/30 giorni 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)

 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 Voucher Salute 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 Voucher 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. 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, 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).

	La polizza prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	<p>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).</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	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 RBM Salute S.p.A. - Sede Legale - via A. Lazzari, 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.
Risoluzione	Non sono previsti casi, oltre quelli previsti dalla legge, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

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



Quali costi devo sostenere?

Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.

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>
----------------------------------	--

	Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.
All'IVASS	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
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.