

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: SALUTE AL SICURO PLUS

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) 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 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";
- 4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente,

	<p>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 a seguito di infortunio rimborsabile ai sensi di polizza; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, rimborsabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;</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);</p> <p>12) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;</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;</p> <p>15) ricoveri in lungodegenza;</p> <p>16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita 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;</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;</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 dall'art 24 "Patologie pregresse";</p> <p>26) infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assistito attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;</p> <p>27) partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assistito 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;</p> <p>28) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.</p>
--	--

 Ci sono limiti di copertura?	
PROTEZIONE BASE	
OPZIONE	INDENNIZZI
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B)	
A) INDENNIZZI PREDEFINITI IN CASO DI RICOVERI CON INTERVENTO, DAY HOSPITAL. DAY SURGERY, INTERVENTO AMBULATORIALE	

I CLASSE	€ 500
II CLASSE	€ 1.000
III CLASSE	€ 2.000
IV CLASSE	€ 5.000
V CLASSE	€ 10.000
B) INDENNITA' IN CASO DI RICOVERO SENZA INTERVENTO/DAY HOSPITAL	
indennità ricovero senza intervento	€ 50 massimo 60 giorni, ridotti a 3 in caso di parto
indennità Day Hospital senza intervento	indennità ridotta del 50%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (C)	
C) INDENNIZZO MASSIMO ANNUO IN CASO DI CURE ONCOLOGICHE EXTRARICOVERO	
indennizzo annuo	€ 1.000
GARANZIE OPZIONALI A SEGUITO DI INFORTUNIO (D - E - F) (valide se espressamente richiamate sul certificato di polizza)	
D) INDENNITA' DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO	
indennizzo annuo	€ 100 massimo 5 giorni <u>In alternativa: se più favorevole per l'assistito numero massimo di giorni complessivamente non superiore a quelli del ricovero con massimo 100 giorni per anno</u>
E) INDENNITA' DA GESSO DA INFORTUNIO	
indennizzo annuo	€ 50 per massimo di giorni:
- <i>in caso di gesso o materiali similari:</i>	20 giorni per dita e 60 giorni per tutti gli altri casi
- <i>in caso di tutori ortopedici/fissatori esterni/stecche digitali:</i>	20 giorni per dita e 60 giorni per tutti gli altri casi
- <i>casi particolari</i>	30 giorni per frattura scomposta coste, 60 giorni per bacino.
F) INDENNITA' EXTRA DA INFORTUNIO	
indennizzo annuo	€ 100 per massimo 100 giorni

PROTEZIONE ALTA


OPZIONE	INDENNIZZI
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B)	
A) INDENNIZZI PREDEFINITI IN CASO DI RICOVERI CON INTERVENTO, DAY HOSPITAL. DAY SURGERY, INTERVENTO AMBULATORIALE	
I CLASSE	€ 1.000
II CLASSE	€ 2.000
III CLASSE	€ 4.000
IV CLASSE	€ 10.000
V CLASSE	€ 20.000

B) INDENNITA' IN CASO DI RICOVERO SENZA INTERVENTO/DAY HOSPITAL	
indennità ricovero senza intervento	€ 100 massimo 60 giorni, ridotti a 3 giorni in caso di parto
indennità Day Hospital senza intervento	indennità ridotta del 50%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (C)	
C) INDENNIZZO MASSIMO ANNUO IN CASO DI CURE ONCOLOGICHE EXTRARICOVERO	
indennizzo annuo	€ 2.000
GARANZIE OPZIONALI A SEGUITO DI INFORTUNIO (D - E - F) (valide se espressamente richiamate sul certificato di polizza)	
D) INDENNITA' DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO	
indennizzo annuo	€ 100 massimo 5 giorni <u>In alternativa:</u> se più favorevole per l'assistito numero massimo di giorni complessivamente non superiore a quelli del ricovero con massimo 100 giorni per anno
E) INDENNITA' DA GESSO DA INFORTUNIO	
indennizzo annuo	€ 50 per massimo di giorni:
- in caso di gesso o materiali similari:	20 giorni per dita e 60 giorni per tutti gli altri casi
- in caso di tutori ortopedici/fissatori esterni/stecche digitali:	20 giorni per dita e 60 giorni per tutti gli altri casi
- casi particolari	20 giorni per dita e 60 giorni per tutti gli altri casi
F) INDENNITA' EXTRA DA INFORTUNIO	
indennizzo annuo	€ 100 per massimo 100 giorni


PROTEZIONE TOTALE


OPZIONE	TOTALE
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B)	
A) INDENNIZZI PREDEFINITI IN CASO DI RICOVERI CON INTERVENTO, DAY HOSPITAL. DAY SURGERY, INTERVENTO AMBULATORIALE	
I CLASSE	€ 2.000
II CLASSE	€ 4.000
III CLASSE	€ 8.000
IV CLASSE	€ 20.000
V CLASSE	€ 40.000
B) INDENNITA' IN CASO DI RICOVERO SENZA INTERVENTO/DAY HOSPITAL	
indennità ricovero senza intervento	€ 200 massimo 60 giorni, ridotti a 3 giorni in caso di parto
indennità Day Hospital senza intervento	indennità ridotta del 50%


PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (C)	
C) INDENNIZZO MASSIMO ANNUO IN CASO DI CURE ONCOLOGICHE EXTRARICOVERO indennizzo annuo	€ 4.000
GARANZIE OPZIONALI A SEGUITO DI INFORTUNIO (D - E - F) (valide se espressamente richiamate sul certificato di polizza)	
D) INDENNITA' DA CONVALESCENZA DA INFORTUNIO indennizzo annuo	€ 100 massimo 5 giorni <i>In alternativa: se più favorevole per l'assistito numero massimo di giorni complessivamente non superiore a quelli del ricovero con massimo 100 giorni per anno</i>
E) INDENNITA' DA GESSO DA INFORTUNIO indennizzo annuo	€ 50 per massimo di giorni:
- <i>in caso di gesso o materiali similari:</i>	20 giorni per dita e 60 giorni per tutti gli altri casi
- <i>in caso di tutori ortopedici/fissatori esterni/stecche digitali:</i>	20 giorni per dita e 60 giorni per tutti gli altri casi
- <i>casi particolari</i>	20 giorni per dita e 60 giorni per tutti gli altri casi
F) INDENNITA' EXTRA DA INFORTUNIO indennizzo annuo	€ 100 per massimo 100 giorni


 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.

	<p>b) Regime rimborsuale</p> <p>- 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.</p>
--	--

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.</p> <p>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:</p> <p>a) carta di credito;</p> <p>b) addebito automatico sul conto corrente del Contraente (modalità SDD).</p>
Rimborso	<p>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>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>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).</p> <p>La polizza prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).</p>
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	<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?

Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.

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	<p>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).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>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.</p>

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.