

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: SALUTE COMPLETA 3*

Data di aggiornamento 03/2021

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 2019

Patrimonio netto: 306.026.694,00 euro, di cui capitale sociale 160.000.000,00 euro.

Totale delle riserve patrimoniali: 100.873.413,00 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) = 184.707.420 euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 46.176.855 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 322.795.948 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 321.320.852 euro
- Indice di solvibilità (*solvency ratio*): 175% (185% 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;

	<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 terzo mese 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;</p> <p>11) le cure dentarie, parodontarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici, effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale, ad eccezione di quelle riportate nell'art. 14 "Oggetto dell'Assicurazione, lett. G) Odontoiatriche in Struttura Convenzionata Intesa Sanpaolo RBM Salute (Pagamento Diretto) ;</p> <p>12) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, salvo quanto previsto alla lettera C "Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite";</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 alla lettera E) "Visite specialistiche/accertamenti" riguardo all'agopuntura manu medica;</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 paragrafo "Dopo il ricovero" della garanzia descritta alla lettera A) "Ricoveri con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi ambulatoriali, Parto fisiologico, Parto cesareo/Aborto terapeutico";</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 all'art. 16 "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 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>29) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.</p>
--	--



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.

PROTEZIONE BASE

Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B-C)	
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico	
Massimale	€ 200.000
Condizioni:	previsto caso misto
in Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	previsto al 100%
in Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 30%
Forma Mista	per le spese in convenzione diretta (struttura sanitaria) e le spese non in convenzione diretta (equipe medica)
	valgono le condizioni sopra descritte per il Pagamento diretto e il Rimborso
Pre/post	90/90 giorni
Sub-massimali:	
Parto Fisiologico	€ 2.500
Parto Cesareo/Aborto	€ 5.000
Limite retta di degenza In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	€ 300 al giorno
Accompagnatore	€ 80 al giorno - max 50 giorni
Materiale intervento	Scoperto 30%
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.000
B) Indennità Sostitutiva RICOVERO	€ 150 al giorno - max 300 giorni
Indennità sostitutiva DH	50% indennità ricovero
Pre/post	90/90 giorni
Ticket	previsti al 100%
C) Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite	entro 2 mesi dalla nascita
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (D-E-F)	
D) Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard	
Massimale	€ 4.000
Condizioni	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 50
In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 25% minimo € 75
Ticket	previsti al 100%
E) Visite Specialistiche/Accertamenti	
Massimale	€ 3.000
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	Franchigia € 50
In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 20% minimo € 55
- assistenza infermieristica domiciliare	€ 35 al giorno - max 15 giorni
Ticket	previsti al 100%
F) Lenti/Occhiali	
Massimale	€ 300
Condizioni	franchigia € 75
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (G)	
G) Trattamenti fisioterapici/riabilitativi e agopuntura	
Massimale condiviso con E)	€ 3.000
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	Franchigia € 50
In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 20% minimo € 55


Ticket	previsti al 100%
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (H)	
H) Odontoiatriche a) <u>Prestazioni di Implantologia</u> Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	illimitato franchigia € 800 per impianto
b) <u>Avulsione (estrazione denti)</u> Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	illimitato franchigia € 35 estrazione semplice franchigia € 120 estrazione complessa
c) <u>Altre cure odontoiatriche Conservativa, Chirurgia, Protesica, Ortognatodonzia, Igiene orale e Parodontologia, Diagnostica</u> Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	illimitato franchigia differenziata per ciascuna prestazione
d) <u>Prevenzione odontoiatrica Visita Specialistica Odontoiatrica e Ablazione Tartaro</u> Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	1 volta all'anno al 100%
e) <u>Emergenza odontoiatrica</u> Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	1 volta anno/persona al 100%

PROTEZIONE ALTA


Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-B-C)	
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Massimale Condizioni: in Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) in Struttura non convenzionata con la Società lute (Rimborso) Forma Mista Pre/post	€ 300.000 previsto caso misto previsto al 100% scoperto 25% per le spese in convenzione diretta (struttura sanitaria) e le spese non in convenzione diretta (equipe medica) valgono le condizioni sopra descritte per il Pagamento diretto e il Rimborso 100/100 giorni
Sub-massimali: Parto Fisiologico Parto Cesareo/Aborto	€ 3.000 € 6.000
Limite retta di degenza In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	€ 300 al giorno
Accompagnatore	€ 100 al giorno - max 50 giorni
Materiale intervento	Scoperto 30%
Trasporto dell'Assicurato	€ 3.500
B) Indennità Sostitutiva RICOVERO Indennità sostitutiva DH Pre/post	€ 200 al giorno - max 300 giorni 50% indennità ricovero 100/100 giorni


Ticket	previsti al 100%
C) Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite	entro 2 mesi dalla nascita
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (D-E-F-G)	
D) Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard	
Massimale	€ 5.000
Condizioni	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 50
In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 25% minimo € 75
Ticket	previsti al 100%
E) Visite Specialistiche/Accertamenti	
Massimale	€ 4.000
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 50
In Struttura non convenzionata con la Società e (Rimborso)	scoperto 20% minimo € 55
- assistenza infermieristica domiciliare	€ 35 al giorno - max 15 giorni
Ticket	previsti al 100%
F) Lenti/Occhiali	
Massimale	€ 400
Condizioni	franchigia € 75
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (G)	
G) Trattamenti fisioterapici/riabilitativi e agopuntura	
Massimale condiviso con E)	€ 4.000
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 50
In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso)	scoperto 20% minimo € 55
Ticket	previsti al 100%
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (H)	
H) Odontoiatriche	
a) <u>Prestazioni di Implantologia</u>	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 800 per impianto
b) <u>Avulsione (estrazione denti)</u>	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 35 estrazione semplice
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia € 120 estrazione complessa
c) <u>Altre cure odontoiatriche Conservativa, Chirurgia, Protesica, Ortognatodonzia, Igiene orale e Parodontologia, Diagnostica</u>	
Massimale	illimitato
Condizioni:	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	franchigia differenziata per ciascuna prestazione
d) <u>Prevenzione odontoiatrica Visita Specialistica Odontoiatrica e Ablazione Tartaro</u>	
Massimale	1 volta all'anno
Condizioni	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	al 100%
e) <u>Emergenza odontoiatrica</u>	
Massimale	1 volta anno/persona
Condizioni	
In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	al 100%


PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (G)	
G) Trattamenti fisioterapici/riabilitativi e agopuntura Massimale condiviso con E) Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) In Struttura non convenzionata con la Società (Rimborso) Ticket	€ 5.000 franchigia € 35 scoperto 20% minimo € 55 previsti al 100%
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (H)	
H) Odontoiatriche a) <u>Prestazioni di Implantologia</u> Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata RBM Salute (Pagamento diretto)	illimitato franchigia € 800 per impianto
b) <u>Avulsione (estrazione denti)</u> Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto) In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	illimitato franchigia € 35 estrazione semplice franchigia € 120 estrazione complessa
c) <u>Altre cure odontoiatriche Conservativa, Chirurgia, Protesica, Ortognatodonzia, Igiene orale e Parodontologia, Diagnostica</u> Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	illimitato franchigia differenziata per ciascuna prestazione
d) <u>Prevenzione odontoiatrica Visita Specialistica Odontoiatrica e Ablazione Tartaro</u> Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	1 volta all'anno al 100%
e) <u>Emergenza odontoiatrica</u> Massimale Condizioni: In Struttura convenzionata con la Società (Pagamento diretto)	1 volta anno/persona al 100%


 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: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. - Sede Legale - via A. Lazzari n. 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.</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>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 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>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.