

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 SORRISO PLUS

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.intesasnpaolorbmsalute.com;

e-mail: info@intesasnpaolorbmsalute.com; pec: comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.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.intesasnpaolorbmsalute.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) le prestazioni sanitarie non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- 2) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
- 3) 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 eventualmente previsto.
- 4) tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resisi necessari prima della stipula della polizza;
- 5) tutte le prestazioni non comprese nel "Nomenclatore tariffario delle prestazioni"

	odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione”;
6)	le procedure di ricostruzione utilizzate per incrementare la dimensione verticale del dente perso a causa di attrito;
7)	le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
8)	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”; gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
9)	le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese 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;
10)	le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
11)	la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
12)	le estrazioni di denti decidui (da latte);
13)	le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
14)	i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.
15)	gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
16)	gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
17)	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;
18)	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;
19)	le cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
20)	controlli di routine e/o check-up, se non diversamente previsto.
21)	le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
22)	infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
23)	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;
24)	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.

LIVELLO DI PROTEZIONE BASE

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI 1° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	1 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		1 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	1 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi

64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

43	Rilievo impronte e studio dei modelli del caso su articolatore, comprese radiografie e tracciato cefalometrico	200	Richiedibili modelli + rx + tracciato cefalometrico restituibile	Una sola volta
46	Placca di contenzione	350	Solo a fine trattamento	Una sola volta

LIVELLO DI PROTEZIONE ALTA

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		2 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi

	parziale e relative endorali			
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	2 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		1 ogni 12 mesi
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	2 ogni 12 mesi
40	Placca oclusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta

42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	1 sola volta
43	Rilievo impronte e studio dei modelli del caso su articolatore, comprese radiografie e tracciato cefalometrico	200	Richiedibili modelli + rx + tracciato cefalometrico restituibile	Una sola volta
46	Placca di contenzione	350	Solo a fine trattamento	Una sola volta

LIVELLO DI PROTEZIONE TOTALE

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		3 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	

19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	3 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		2 ogni 12 mesi
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	3 ogni 12 mesi
40	Placca oclusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	1 sola volta
43	Rilievo impronte e studio dei modelli del caso su articolatore, comprese radiografie e tracciato	200,00	Richiedibili modelli + rx + tracciato cefalometrico	Una sola volta

	cefalometrico		restituibile	
46	Placca di contenzione	350,00	Solo a fine trattamento	Una sola volta

D - CURE DI III° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	2 ogni 12 mesi
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 per prestazione (prima e dopo)

12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	1 ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	1 sola volta per arcata

47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	
20	Intarsi in LP o LNP- ceramici – Inlay e Onlay per elemento	350,00		2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
55	Mini impianti compresi attacchi di pecisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	1 sola volta
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	1 sola volta
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi.Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
59	Corona provvisoria armata - per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni

30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica , compreso eventuale fresaggio - per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		1 volta ogni 5 anni
44	Trattamento ortodontico con apparecchiature mobili per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.000,00	Richiesta certificazione del laboratorio odontotecnico	Massimo per 2 anni; 3° anno rimborsabile con invio modelli (iniziale e attuale)
45	Trattamento ortodontico con apparecchiature fisse per arcata e per anno di cura, indipendentemente dalla classe di appartenenza	1.200,00	Modelli e panoramica richiedibili	Massimo per 3 anni

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



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 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.
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	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: - 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 Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo: - 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. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto. 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.