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: 9 SETTIMANE

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 idroscì, 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'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo; 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; 7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti; 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; 9) l'interruzione volontaria della gravidanza; 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; 11) le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale); 12) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici; 13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza; 14) trattamenti di medicina alternativa o complementare; 15) ricoveri in lungodegenza; 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; 17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato; 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; 19) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico; 20) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS); 21) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;; 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; 23) ricoveri impropri; 24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze; 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. 25 "Patologie pregresse". 26) i parafarmaci e i medicinali non compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici; 27) le conseguenze dirette od indirette di pandemie; 28) prestazioni con carattere di urgenza o emergenza; 29) prestazioni che sono eseguibili presso il Servizio Sanitario Nazionale entro 9 settimane dalla richiesta di inserimento in lista d'attesa, per le prestazioni ospedaliere e dalla data di prenotazione tramite il CUP, per le prestazioni extraospedaliere. 30) Parto cesareo e parto fisiologico 31) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche; 32) infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata; 33) 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.

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)	**ENTRO le 9 settimane dalla richiesta di prenotazione presso struttura pubblica**	**OLTRE le 9 settimane dalla richiesta di prenotazione presso struttura pubblica**
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali (compresi ricoveri/DH per patologie oncologiche)		
MASSIMALE		€ 350.000
CONDIZIONI:		
In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto)	non previsto	franchigia € 500
In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso)		non previsto
Forma mista		non previsto
Utilizzo Robot		100%
assistenza infermieristica, materiale protesico e medicinali		100%
Spese post		90 giorni
Trasporto dell'Assicurato		100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B - C - D)		
B) Diagnostica strumentale		
Massimale		
Condizioni:		
In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto)	non previsto	non previsto
In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso)		
Ticket		
C) Visite Specialistiche/Accertamenti		
Massimale		
Condizioni:		
In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto)	non previsto	non previsto
In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso)		
Ticket		
CURE ONCOLOGICHE		
D) Cure oncologiche		
Massimale		
Condizioni:		
In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto)	non previsto	non previsto
In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso)		
Ticket		
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE		
Guardia medica permanente ed assistenza		

domiciliare		
Massimale	illimitato	illimitato
Condizioni:		
al domicilio (pagamento diretto)	franchigia € 55 per prestazione	franchigia € 55 per prestazione
al domicilio (rimborso)	non previsto	non previsto

PROTEZIONE ALTA

GARANZIE	**MASSIMALI/SUB-MASSIMALI (ANNO/PERSONA) – SCOPERTI E FRANCHIGIE**	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	**ENTRO le 9 settimane dalla richiesta di prenotazione presso struttura pubblica**	**OLTRE le 9 settimane dalla richiesta di prenotazione presso struttura pubblica**
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali (compresi ricoveri/DH per patologie oncologiche)		
MASSIMALE		€ 500.000
CONDIZIONI:		
In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto)		franchigia € 500
In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso)	non previsto	non previsto
Forma mista		non previsto
Utilizzo Robot		100%
assistenza infermieristica, materiale protesico e medicinali		100%
Spese post		90 giorni
Trasporto dell'Assicurato		100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B - C)		
B) Diagnostica strumentale		
Massimale		€ 5.000
Condizioni:		
In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto)	non previsto	franchigia € 55 per prestazione
In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso)		non previsto
Ticket		non previsto
C) Visite Specialistiche/Accertamenti		
Massimale		
Condizioni:		
In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto)	non previsto	non previsto
In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso)		
Ticket		
CURE ONCOLOGICHE (D)		
D) Cure oncologiche	non previsto	
Massimale		€ 8.000

Condizioni:		
In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto)		franchigia € 500 per ciclo di terapia
In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso)		non previsto
Ticket		non previsto
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE		
Guardia medica permanente ed assistenza domiciliare		
Massimale	illimitato	illimitato
Condizioni:		
al domicilio (pagamento diretto)	franchigia € 36,15 per prestazione	franchigia € 36,15 per prestazione
al domicilio (rimborso)	non previsto	non previsto

PROTEZIONE TOTALE

GARANZIE	**MASSIMALI/SUB-MASSIMALI (ANNO/PERSONA) – SCOPERTI E FRANCHIGIE**	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	**ENTRO le 9 settimane dalla richiesta di prenotazione presso struttura pubblica**	**OLTRE le 9 settimane dalla richiesta di prenotazione presso struttura pubblica**
A) Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali (compresi ricoveri/DH per patologie oncologiche)	non previsto	
MASSIMALE		€ 800.000
CONDIZIONI:		
In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto)		franchigia € 500
In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso)		non previsto
Forma mista		non previsto
Utilizzo Robot		100%
assistenza infermieristica, materiale protesico e medicinali		100%
Spese post		90 giorni
Trasporto dell'Assicurato		100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B - C)		
B) Diagnostica strumentale	non previsto	
Massimale		€ 10.000
Condizioni:		
In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto)		franchigia € 55 per prestazione
In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso)		non previsto
Ticket		non previsto
C) Visite Specialistiche/Accertamenti	non previsto	
Massimale		€ 1.500

Condizioni: In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso) Ticket		 franchigia € 36,15 per prestazione non previsto non previsto
CURE ONCOLOGICHE (D)		
D) Cure oncologiche Massimale Condizioni: In struttura Convenzionata RBM Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Salute (rimborso) Ticket	non previsto	 € 10.000 franchigia € 250 per ciclo di terapia non previsto non previsto
PRESTAZIONI AGGIUNTIVE		
Guardia medica permanente ed assistenza domiciliare Massimale Condizioni: al domicilio (pagamento diretto) al domicilio (rimborso)	 illimitato 100% non previsto	 illimitato 100% non previsto

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.

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: 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.
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	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: - 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. 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: - 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. 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.
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.