

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. – Direzione Generale in Italia – Impresa iscritta al numero 1.00161 dell’Albo delle imprese di Assicurazione

Prodotto: Astra Salute

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

La copertura prevede, a seconda del livello di protezione prescelto (Base, Alta e Totale), il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per prestazioni ospedaliere e prestazioni extraospedaliere.



Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese *:

- ✓ Ricoveri con/senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi ambulatoriali, Parto fisiologico, Parto cesareo/Aborto terapeutico.
- ✓ Grandi Interventi Chirurgici (GIC) e Gravi Eventi Morbosi (GEM).
- ✓ Indennità sostitutiva: la Società corrisponde un’indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero.
- ✓ Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite: il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti.
- ✓ Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard: la Società rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di alta diagnostica e diagnostica strumentale standard.
- ✓ Visite Specialistiche/Accertamenti: la Società rimborsa le spese per visite specialistiche, accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi e assistenza infermieristica domiciliare.
- ✓ Medicinali: Farmaci generici e Ticket per farmaci dispensati dal SSN.
- ✓ Lenti/Occhiali: la garanzia opera nel caso di acquisto di lenti per occhiali, montature, lenti a contatto a seguito di modifica del visus.
- ✓ Fisioterapia: la Società provvede al pagamento delle spese per trattamenti fisioterapici e riabilitativi da malattia e infortunio.
- ✓ Cure dentarie: la Società rimborsa le spese odontoiatriche, suddivise nelle seguenti quattro classi secondo la complessità:
 - Igiene e prevenzione;
 - Cure di I livello;
 - Cure di II livello;
 - Cure di III livello.
- ✓ Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura;
- ✓ Servizio di guardia medica permanente;
- ✓ Second opinion;
- ✓ Tutoring;
- ✓ Servizio Card.

*Le garanzie si riferiscono al livello di Protezione Totale.

La copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV;
- ✗ Gli infortuni e le malattie preesistenti alla stipula della polizza.
- ✗ Le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.
- ✗ Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 75 anni.
- ✗ Si segnala inoltre la presenza di una serie di casi in cui la copertura assicurativa non opera. Sono ad esempio esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di alcuni sport (tra cui bob e rugby) e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti, nonché gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni. Sono altresì escluse le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui l’interruzione volontaria di gravidanza) oppure dovute a cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza. Si ribadisce che tale descrizione dei rischi esclusi è di tipo meramente sintetico e non comprende tutte le casistiche di esclusione previste dalla polizza.



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura prevede franchigie e scoperti specifici per garanzia, che possono causare la riduzione o il mancato pagamento dell’indennizzo.
- ! La polizza prevede periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attiva la copertura assicurativa e pertanto non possono essere rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per il Mondo intero, con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto in Euro. Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE (Banca Centrale Europea).



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della copertura.
- Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente/Assicurato alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
Qualora l'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.
- Si precisa che qualora l'Assicurato intenda utilizzare Strutture Convenzionate RBM Salute ha sempre l'obbligo di accedervi contattando preventivamente la Centrale Operativa.
- Per ottenere la liquidazione dei sinistri, è necessario presentare la documentazione medica completa di diagnosi intestata all'Assicurato.
- Si precisa che qualora l'Assicurato intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico convenzionato e/o un odontoiatra convenzionato (se previste le cure dentarie) ha sempre l'obbligo di accedervi in struttura convenzionata RBM Salute (pagamento diretto). Si precisa che qualora l'Assicurato intenda utilizzare Strutture Convenzionate RBM Salute ha sempre l'obbligo di accedervi contattando preventivamente la Centrale Operativa.



Quando e come devo pagare?

- Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società mediante addebito automatico sul conto corrente del Contraente (modalità SDD).
- Il premio dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto di assicurazione, a seconda della scelta manifestata dal Contraente ha una durata di:
 - a) 1 anno, oppure
 - b) 3 anni, oppure
 - c) 5 anni,a partire dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio.
- Alla scadenza l'assicurazione si intende tacitamente rinnovata per un anno e così successivamente tranne i contratti di durata pluriennale per i quali l'assicurazione è prorogata per due anni e così successivamente.



Come posso disdire la polizza?

- Il Contraente ha la facoltà di disdire il contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza della polizza.
- 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.