



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Collettiva Rimborso spese mediche

per le Aziende, Enti, Collettività, Persone fisiche o giuridiche
Associate a **Cassa Salute**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mod. CA186372 – 02/2023

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.



SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 49:

SEZIONE I

- **Glossario** - da pag. 1
- **Capitolo 1 – Norme che regolano il contratto in generale** - da pag. 9

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 19
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 33
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 35

ALLEGATI

- Schede riassuntive
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)
- Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- Prestazioni con massimale raddoppiato

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Per rendere più chiare le Condizioni di assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato

Box verde: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante e sostanziale delle Condizioni di Assicurazione.

Ove non diversamente stabilito, i termini e le definizioni di seguito elencati, contraddistinti con lettera iniziale maiuscola, hanno nelle Condizioni di Assicurazione il significato a ciascuno di essi attribuito in questo Glossario.

I termini indicati al singolare includono il plurale, e viceversa. I termini che denotano un genere includono l'altro genere, salvo che il contesto o l'interpretazione indichino il contrario.

Aderente: Azienda, Ente, Collettività o, più in generale, persona giuridica con sede in Italia, o persona fisica con P. IVA, con domicilio in Italia, che, associandosi alla Cassa e sottoscrivendo il piano sanitario, aderisce alla polizza.

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione: contratto stipulato tra la Compagnia e il Contraente con cui la Compagnia si impegna, a fronte del pagamento del Premio da parte del Contraente, a corrispondere agli Assicurati, al verificarsi di un Sinistro, un determinato Indennizzo.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

La Compagnia paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza infermieristica: assistenza offerta da personale fornito di specifico diploma infermieristico.

BCE: Banca Centrale Europea

Carenza: periodo compreso tra l'inserimento degli Assicurati in Polizza e la decorrenza delle prestazioni previste dalla presente copertura assicurativa.

Cartella clinica: insieme dei documenti ufficiali avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in Istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.

Cassa: CASSA SALUTE, via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE), C.F. 97554000154, avente esclusivamente finalità assistenziale secondo quanto previsto dall'art. 51, comma 2 lett. a) del D.P.R. n. 917/1986.

CDA: Condizioni di Assicurazione, ossia il presente documento, nel quale vengono riportate le clausole che regolano l'Assicurazione.

Centrale operativa: struttura individuata per

- fornire informazioni relative alle coperture e al Network
- autorizzare le prestazioni in forma diretta.

Centro medico: struttura, anche non adibita al Ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

Certificato di Polizza: documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza, premio, dati dell'Associato, soggetti assicurati, ecc.).

Chirurgia bariatrica ("chirurgia dell'obesità"): interventi chirurgici per ridurre l'assunzione di cibo diminuendo la capacità gastrica (interventi "restrittivi") o la capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi "malassorbitivi").

Compagnia: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Contraente: CASSA SALUTE, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del pagamento del Premio.

Day Hospital/Day Surgery: ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Non è Day Hospital la permanenza in reparto a seguito di intervento ambulatoriale.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni a esso correlate solo se eseguite in vigenza contrattuale (pre e post).
N.B.: in presenza di due o più Cartelle cliniche, anche se relative a un Ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli Eventi sono due o più e considerati distinti.
Data Evento: data del ricovero
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente ed effettuati in vigenza contrattuale.
Data Evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico Evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.
Data Evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico Evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.
Data Evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico Evento.
- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.
Data Evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico Evento.

Nel caso di prestazioni da eseguire nell'ambito di un ciclo (es. fisioterapia, prestazioni odontoiatriche, oncologiche), l'Evento è rappresentato dall'intero ciclo di prestazioni autorizzate/indennizzabili e la Data Evento è quella della prima prestazione del ciclo. Si specifica che, ai fini dell'Indennizzo, tutte le prestazioni facenti parte di un ciclo devono essere eseguite in vigenza di copertura.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Evento ed è "assoluta", ossia opera sempre e interamente, indipendentemente dall'ammontare della somma cui è applicata. Nel caso di somme di

denaro corrisposte a giornate, la franchigia può essere anche espressa in giorni (per esempio indennità di 100,00 euro per ogni giorno di ricovero, esclusi i primi 5 giorni).

Indennità: somma di denaro di importo predeterminato che viene erogata all'Assicurato al verificarsi di un Sinistro.

Indennità sostitutiva: somma di denaro forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a Ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assicurato, durante il Ricovero.

Indennizzo: la prestazione fornita all'Assicurato in caso di Sinistro, nei limiti e alle condizioni indicati nelle presenti CDA, sia in regime di Assistenza diretta che tramite la corresponsione di Indennità e Rimborsi.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate.

Intervento ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia senza Ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

Non costituisce Day Hospital la permanenza in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale.

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono intervento chirurgico.

Intervento chirurgico concomitante: ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- o fuori dall'orario di lavoro
- o in regime ambulatoriale, di Day hospital o di Ricovero
- o per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.

Non sono istituto di cura:

- o gli stabilimenti termali

- o le case di convalescenza e di soggiorno
- o colonie
- o case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA)
- o istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

Lungodegenza: ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata. Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il Ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da Infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS¹).

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Medico di medicina generale: libero professionista convenzionato con il Servizio sanitario Nazionale. Le due principali tipologie di Medico di medicina generale sono il medico di Assistenza Primaria (o Medico di famiglia) e il medico di Continuità Assistenziale (ancora oggi più conosciuta come Guardia Medica).

Medicina Alternativa o Complementare: pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

Natura pandemica: la sindrome ha natura pandemica quando è improvvisa e invasiva in tutti i gruppi di età, su scala mondiale, capace di trasmettersi da uomo a uomo in modo efficace e verso cui non è presente immunità.

¹ Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).



Network: rete convenzionata di InSalute Servizi S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area web InSalute o nell'App mobile.

Nucleo familiare: Titolare, coniuge/convivente more uxorio anche non a carico, figli fiscalmente a carico.

Optometrista: professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

Parti: il Contraente e la Compagnia.

Polizza: Assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve pagare alla Compagnia.

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Se previsto, costituisce parte integrante della Polizza.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Compagnia o di un suo intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime misto: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale operativa
- accede a Istituti di cura convenzionati del Network e riceve prestazioni mediche da medici non convenzionati.

Regime rimborsuale: regime per cui la Compagnia rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera). N.B.: in presenza di due o più Cartelle cliniche, anche se relative ad un Ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli Eventi sono due o più e considerati distinti.

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento durante la quale sono praticati accertamenti diagnostici e/o terapie comunemente effettuabili in regime ambulatoriale.

Rimborso: la somma che la Compagnia deve in caso di sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla Polizza.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Evento. In caso di presenza di Franchigia e Scoperto per lo stesso Evento, si applica quello che prevede l'importo più alto.

Servizio Sanitario Nazionale (SSN): servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

Sinistro: evento, previsto dalla Polizza, che fa sorgere l'obbligo di corrispondere l'Indennizzo all'Assicurato nei limiti e alle condizioni previste dalla Polizza.

Sindrome influenzale di natura pandemica: sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile.

Si riportano degli esempi: SARS-Cov, Sars-Cov2, Mers-Cov, CoViD-19.

Sport professionistico/Gare professionistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del Massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Per Ricoveri con Intervento chirurgico il sub-massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Telemedicina: insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza.

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

Titolare: soggetto che entra in copertura poiché intrattiene un rapporto lavorativo con l'Aderente.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza.

Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento.

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria. Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le visite specialistiche erogate in modalità Telemedicina.

CAPITOLO 1 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007².

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Carenza contrattuale

Non prevista.

Art. 3. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I Premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 4. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze³.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2022, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2023.

Gli altri diritti che derivano dall'Assicurazione si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

Art. 5. Cosa si assicura

La Compagnia copre le spese sostenute dall'Assicurato, riconducibili a Malattia o Infortunio e di natura preventiva, riconosciute dalla presente copertura assicurativa, mentre l'Assicurazione è operativa.

I massimali e il numero di prestazioni assicurate variano a seconda dell'opzione scelta.

Massimali, limiti, Franchigie, Scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati in queste CDA, nella spiegazione delle singole prestazioni assicurate e nell'allegato 1 "schede riassuntive", differenziate per opzione.

² G.U. 255 del 2 novembre 2007.

³ Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.



Art. 6. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'Assicurazione⁴.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre alla Compagnia di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 7. Altre assicurazioni/coperture

L'Aderente e/o l'Assicurato devono comunicare alla Compagnia se hanno stipulato o se sono state stipulate a favore dell'Assicurato altre Assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, la Compagnia non è tenuta a pagare l'Indennizzo.

In caso di Sinistro, l'Assicurato deve inoltre avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁵. L'Assicurato deve farlo anche se lo stesso rischio è coperto da Contratti di assicurazione stipulati da Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari in cui l'Assicurato risulta essere beneficiario delle prestazioni sanitarie ovvero nel caso in cui la copertura sia erogata direttamente da tali Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari in regime di autoassicurazione.

In caso di pagamento avvenuto, la Compagnia può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento⁶.

Art. 8. Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – Diritto di recesso

8.1 Decorrenza della Polizza

Il contratto di assicurazione ha durata annuale e decorre dalla data indicata sul Certificato di Polizza.

8.2 Tacito rinnovo della Polizza

Il contratto di assicurazione prevede il tacito rinnovo.

In mancanza di disdetta delle Parti, che deve essere comunicata mediante lettera raccomandata o PEC almeno 180 giorni prima della scadenza originaria o prorogata della Polizza, l'Assicurazione è prorogata per un anno e così per ogni successiva scadenza.

La disdetta alla Polizza, con riferimento alle adesioni raccolte nell'annualità di Polizza in cui viene esercitata la disdetta, produrrà però i propri effetti solo al termine dell'annualità assicurativa dell'ultima adesione alla Polizza. Ciò comporta per tali adesioni un periodo di ultrattività della Polizza.

⁴ Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.

⁵ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

⁶ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

Tuttavia, dalla data di scadenza rispetto alla quale è stata esercitata la disdetta, la Polizza non potrà più acquisire nuove adesioni e dovrà considerarsi chiusa.

Esempio:

14/05/2023 data di scadenza della Polizza per cui viene data disdetta entro i termini previsti.

Dopo il 14/05/2023 non è più possibile aderire alla Polizza, la quale per il meccanismo di ultrattività spenderà però i suoi effetti con riferimento alle adesioni in essere, per esempio sino 10/05/2024, giorno di scadenza dell'annualità assicurativa dell'ultima adesione raccolta entro la data di scadenza del 14/05/2023.

8.3 Diritto di recesso dalla Polizza

Non è possibile recedere dal contratto di assicurazione.

8.4 Decorrenza rispetto alla singola adesione

Il contratto di assicurazione, con riferimento alla singola adesione, ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Certificato di polizza se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

Il primo anno l'Aderente può scegliere tra

- durata dell'adesione di 12 mesi oppure
- scadenza dell'adesione al 31/12.

8.5 Tacito rinnovo della singola adesione

Al termine della scadenza originaria, la durata dell'adesione è prorogata di un anno, e così per le successive scadenze salvi i casi di:

- disdetta della singola adesione esercitata direttamente dall'Aderente, da inviarsi alla Compagnia con raccomandata all'indirizzo Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE) o a mezzo PEC all'indirizzo comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com, almeno 30 giorni prima della scadenza originaria o prorogata dell'adesione. Alternativamente, l'Aderente può sottoscrivere, nel rispetto del medesimo tempo di preavviso, l'apposito modulo di disdetta presso la filiale della Banca nella quale ha acquistato la Polizza o nel frattempo ha trasferito il conto corrente (per verificare il rispetto dei 30 giorni di preavviso farà fede la data indicata nel modulo rilasciato dalla filiale). La Compagnia si impegna a comunicarla tempestivamente al Contraente
- cessazione della singola adesione, a seguito dell'avvenuta disdetta del piano sanitario sottostante
- disdetta della Polizza esercitata dalla Compagnia o dal Contraente secondo quanto previsto dal precedente articolo 8.2.
- riduzione del numero di soggetti appartenenti alle categorie omogenee al di sotto del limite minimo.

In tali casi la singola adesione al contratto di assicurazione cessa alle ore 24:00 del giorno della scadenza annuale originaria o prorogata a seconda del caso.

8.6 Diritto di recesso dalla singola adesione

Rispetto alla singola adesione non è possibile recedere dal contratto di assicurazione.

Art. 9. Pagamento del Premio - Anagrafica

9.1 Premio

Il Premio è versato dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario entro 15 giorni dall'incasso del contributo pagato dall'Aderente al Contraente a seguito della sottoscrizione del piano sanitario.

Il Premio è determinato sempre per periodi di Assicurazione di un anno, secondo l'ammontare e la periodicità dei contributi incassati dal Contraente per la sottoscrizione dei piani sanitari.

Se l'Aderente opta per la scadenza dell'adesione al 31/12:

- se la decorrenza della copertura cade nel 1 semestre è previsto il pagamento del 100% del Premio annuo;
- se la decorrenza della copertura cade nel secondo semestre è previsto il pagamento del 65% del Premio annuo.

L'ammontare del Premio varia a seconda della scelta effettuata dall'Aderente in merito alle opzioni e ai soggetti da inserire in copertura (il solo Titolare oppure anche il suo Nucleo familiare).

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione, con riferimento alle singole adesioni cui si riferisce tale inadempimento, è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate⁷.

Scaduti i termini, dandone avviso la Compagnia può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.

9.2 Anagrafica

Il Contraente deve far pervenire alla Compagnia le Anagrafiche tramite tracciato informatico concordato.

Prima dell'adesione al contratto di assicurazione, l'Aderente deve indicare quali categorie omogenee prevedono anche la copertura del Nucleo familiare e inserire nell'Anagrafica i dati dei soli Titolari, tra i quali anche il loro indirizzo e-mail e numero di cellulare per l'invio delle credenziali personali di accesso all'area riservata di cui all'art. 20.2.

Successivamente, l'Aderente ha 30 giorni di tempo dalla data di decorrenza della copertura ai sensi dell'articolo 8.4, per inviare le Anagrafiche relative ai familiari dei Titolari presenti nelle categorie per le quali è stata prevista l'estensione al Nucleo familiare.

⁷ Art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice civile.

I componenti del Nucleo familiare sono in copertura solo se le relative Anagrafiche vengono comunicate entro tale scadenza: eventuali richieste di indennizzo da loro presentate in questo periodo vengono sospese in attesa del completamento delle Anagrafiche.

Se i dati relativi ai componenti del Nucleo familiare non vengono comunicati entro i 30 giorni indicati, i componenti del Nucleo familiare non entrano in copertura ed eventuali sinistri presentati vengono respinti. In questo caso il raddoppio dei massimali per i Titolari appartenenti alle categorie per le quali era originariamente prevista l'estensione al Nucleo familiare opera solo decorsi i 30 giorni concessi all'Aderente per l'invio dell'Anagrafica con i dati dei componenti del Nucleo familiare.

Art. 10. Variazione delle persone assicurate - Regolazione del Premio - Categorie assicurate

10.1 Inserimento di nuovi Titolari e nuovi Nuclei familiari

La copertura per il nuovo Titolare decorre:

- **se l'instaurazione del rapporto di lavoro oppure l'acquisizione della qualifica necessaria per poter assumere il ruolo di Titolare è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, entro 30 giorni dall'instaurazione del rapporto di lavoro o dall'acquisizione della qualifica di Titolare:** dal giorno dell'instaurazione del rapporto di lavoro o dall'acquisizione della qualifica
- **se l'instaurazione del rapporto di lavoro oppure l'acquisizione della qualifica necessaria per poter assumere il ruolo di Titolare è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, dopo i 30 giorni:** dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

Tali termini valgono anche per i componenti del Nucleo familiare del Titolare, i cui dati anagrafici vengano comunicati alla Compagnia assieme a quelli del Titolare.

Inclusioni nel primo semestre dell'annualità della singola adesione, da calcolare in base alla sua data di decorrenza (es. se l'adesione decorre dal giorno 01/06/2021, il primo semestre parte da quel giorno e termina il 31/12/2021): è dovuto il 100% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

Inclusioni nel secondo semestre dell'annualità della singola adesione, da calcolare in base alla sua data di decorrenza (es. se l'adesione decorre dal giorno 01/06/2021, il secondo semestre parte dal giorno 01/01/2022 e termina il 31/05/2022): è dovuto il 65% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

10.2 Inclusione dei componenti del Nucleo familiare

10.2.1. Inclusione dei componenti del Nucleo familiare al momento dell'adesione

Relativamente ai Titolari appartenenti a categorie per le quali è presente l'estensione al Nucleo familiare, l'Aderente, come indicato al precedente art. 9.2, ha tempo fino a 30 giorni dalla data di decorrenza della copertura per comunicare alla Compagnia i nominativi dei componenti e relativi dati anagrafici.



10.2.2. Inclusione dei componenti del Nucleo familiare in corso di copertura

Le inclusioni di nuovi componenti di Nuclei familiari già in copertura – per tali intendendosi Nuclei già composti da un Titolare e almeno un familiare – devono essere comunicate dal Contraente alla Compagnia **entro 30 giorni** dall'evento (per esempio, dalla nascita del figlio o dal matrimonio).

Nel caso di inclusione in copertura di un figlio, la copertura opera da quando risulta a carico del Titolare.

Se la comunicazione è fatta **dopo i 30 giorni**: la copertura opera dalle ore 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

La modifica (acquisto o perdita) delle condizioni di reddito previste per avere a carico un figlio assicurato nel corso di un anno assicurativo non ha effetto sui Premi per il periodo rimanente dell'anno assicurativo.

I Titolari privi di Nucleo familiare, quelli cioè che nell'annualità di copertura di riferimento non hanno operativa l'estensione della copertura al Nucleo familiare, non possono comunicare inclusioni anagrafiche in corso d'anno (ad esempio in caso di matrimonio o nascita del figlio): il componente del Nucleo familiare può entrare in copertura a partire dalla successiva annualità assicurativa.

10.3 Esclusioni di Assicurati

Nel caso in cui il Contraente riceva dall'Aderente una richiesta di esclusione di un Assicurato in corso d'anno (es. dimissioni del lavoratore), questa viene comunicata alla Compagnia e la copertura nei confronti del Titolare e del suo Nucleo familiare, se presente, opera comunque fino alla prima scadenza annuale.

Nel caso in cui il Contraente riceva dall'Aderente la disdetta dal piano sanitario entro i termini previsti, questa viene comunicata alla Compagnia e la copertura per gli Assicurati cessa alla scadenza annuale.

10.4 Regolazione premio

Oltre a quanto previsto all'art. 9.2 "Anagrafica" alla fine della annualità assicurativa la Compagnia effettua la regolazione contabile del Premio a seguito delle inclusioni in corso d'anno.

Il Premio relativo alla regolazione deve essere versato dal Contraente con bonifico bancario entro 15 giorni dal ricevimento del documento di regolazione.

Se aumentano i Nuclei familiari assicurati, il Contraente deve pagare la rata di rinnovo aumentata in base alla nuova Anagrafica inviata.

10.5 Categorie assicurate

Sono assicurabili le seguenti categorie intere ed omogenee di soggetti

- lavoratori con contratto di lavoro dipendente (anche di Enti del Terzo Settore):
 - Dirigenti

- Quadri direttivi
 - Impiegati
 - Operai
 - Soci lavoratori quali soggetti che svolgono anche un'attività lavorativa presso la società di cui sono soci.
- lavoratori con contratto di lavoro dipendente e non:
 - Amministratori/Imprenditori (in presenza di categoria omogenea di lavoratori dipendenti)
 - Membri del Consiglio di Amministrazione (in presenza di categoria omogenea di lavoratori dipendenti)
 - Stagisti
 - Tirocinanti
 - Personale con contratto di collaborazione
 - Altre Categorie senza rapporto di lavoro dipendente:
 - Soci
 - Consulenti con contratto diretto con il Contraente (liberi professionisti).

Tutti gli appartenenti a ciascuna delle categorie omogenee di soggetti sopra individuate beneficiano della medesima opzione (basic, medium o top) scelta dall'Aderente.

Il soggetto che in corso d'anno passi da una categoria omogenea ad un'altra per la quale operi una diversa opzione (esempio: impiegato con opzione basic, promosso a quadro con opzione medium) potrà accedere alle prestazioni previste dalla diversa opzione solo a decorrere dalla successiva annualità.

Sono assicurabili i relativi componenti del Nucleo familiare del Titolare; in questo caso l'estensione al Nucleo familiare è prevista per l'intera categoria omogenea.

Nel caso in cui la copertura operi solo nei confronti del Titolare, la qualifica di Assicurato è attribuita anche a eventuali figli soltanto con riferimento alla garanzia "Trisomia 21".

Tutti gli Assicurati, sia i Titolari che i componenti del Nucleo familiare:

- non devono rientrare tra le categorie di cui all'art. 26 "Persone non assicurabili";
- devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

Il numero complessivo di Assicurati inseriti in copertura per categoria omogenea di soggetti non può essere inferiore a 5 soggetti, esclusi amministratori, imprenditori e membri del Consiglio di Amministrazione.

I soggetti appartenenti alla categoria di imprenditori, amministratori e membri del Consiglio di Amministrazione sono assicurabili solo in presenza di almeno un'altra categoria omogenea di soggetti (almeno 5), esclusi loro.

Qualora tali requisiti vengano meno nel corso dell'annualità assicurativa la copertura opera fino alla sua naturale scadenza; il numero minimo di soggetti appartenenti alle categorie



omogenee deve sussistere alla scadenza di ogni annualità assicurativa, pena il mancato rinnovo della copertura assicurativa.

Non è previsto un numero minimo di imprenditori, amministratori e membri del Consiglio di Amministrazione da portare in copertura.

Esempio: l'Azienda con 5 impiegati, può includere in copertura l'eventuale unico imprenditore.

Non è possibile assumere la veste di Assicurato più di una volta rispetto alla medesima copertura assicurativa.

A titolo esemplificativo, se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio intrattengono un rapporto lavorativo con lo stesso Aderente e sono indicati come Titolari dal Contraente, non possono anche essere inseriti come componenti del Nucleo familiare del rispettivo coniuge o convivente, così come i figli di coloro che intrattengono un rapporto lavorativo con lo stesso Aderente coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti in copertura solo nel Nucleo familiare del coniuge o convivente cui sono fiscalmente a carico. Nel caso di figli a carico di entrambi i genitori Titolari, questi dovranno essere inseriti in copertura del coniuge o convivente di età maggiore tra i due.

Rientrano in copertura tutte le persone assicurabili appartenenti alla medesima categoria di soggetti.

Art. 11. Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro. Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 12. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta e possono essere effettuate anche con Tecniche di comunicazione a distanza.

Il Contraente autorizza la Compagnia a trasmettere le comunicazioni relative al contratto, o comunque previste dalla normativa vigente, in formato digitale alla mail, oppure, in formato cartaceo alla propria sede legale o operativa.

Art. 13. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) le Condizioni di Assicurazione
- b) l'informativa Privacy di cui all'allegato 2 delle presenti CDA.

La suddetta documentazione è l'unica rispetto alla quale la Compagnia si assume obblighi con riferimento alle prestazioni ivi indicate. La redazione di eventuali altri documenti (es. guide operative) verrà valutata ed eventualmente effettuata dalla Compagnia stessa, che

non riconoscerà validità alcuna a documenti, relativi alla presente Assicurazione, predisposti da altri.

Il Contraente provvederà tempestivamente a fornire idonea informativa a tutti gli Assicurati sul diritto di questi ultimi di richiedere alla Compagnia, secondo le istruzioni fornite, le credenziali per l'accesso all'area riservata e le presenti Condizioni di Assicurazione.

Art. 14. Assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
- modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, la Compagnia trasmette al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Aderente il quale si adopererà per comunicarle a ciascun Assicurato.

Art. 15. Assicurazione per conto altrui

Questa Assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della Polizza devono essere adempiuti dal Contraente ovvero, ove diversamente stabilito dall'Aderente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁸.

Art. 16. Regime fiscale

Tassa sui Premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato dalla Compagnia.

Art. 17. Reclami

I Reclami su un contratto o su un servizio assicurativo devono essere inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute secondo le modalità indicate nel sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com/Reclami.

Art. 18. Foro Competente

Fermo quanto indicato nel successivo articolo 19, per le controversie connesse al presente contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione):

- tra la Compagnia e il Contraente e/o l'Aderente: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale la Compagnia;

⁸ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

- tra la Compagnia e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza (se in Italia) o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 19. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie: mediazione

Per controversie connesse al presente contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente⁹.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 20. Servizi "Consultazione pratica" e "Home Insurance"

20.1 SERVIZIO "CONSULTAZIONE PRATICA"

È a disposizione il servizio "Consultazione Pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS**.

Il Titolare deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nella domanda di rimborso. Attivando il servizio, il Titolare riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di Rimborso
- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di Rimborso
- c) eventuale rifiuto della domanda di Rimborso perché non indennizzabile.

20.2. CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Web ([http: https://areariservata.insaluteservizi.com](https://areariservata.insaluteservizi.com))

Area riservata

Con le credenziali di accesso, il Titolare può:

- preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso
- visualizzare le CDA nella sezione "Documenti".

App mobile "In Salute Servizi"

Con l'app mobile "InSalute Servizi, il Titolare può:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche

⁹ D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.

- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta o inviare le richieste di rimborso.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.

Art. 21. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 22. Descrizione delle prestazioni assicurate

Nel seguito si riporta la descrizione delle singole prestazioni assicurate dalla Compagnia dando evidenza (insieme a quanto previsto nell'Allegato 1 "schede riassuntive") dei Massimali, limiti, Franchigie, esclusioni e condizioni specifiche.

La copertura assicurativa prevede 3 opzioni a scelta, basic, medium e top, ciascuna da destinare ad una categoria omogenea di soggetti.

Nel caso di inclusione in copertura del Nucleo familiare, qualora il Titolare non avesse familiari ai quali estendere la copertura, è previsto per tale soggetto il raddoppio dei massimali come indicato nell'Allegato 4 "Prestazioni con massimale raddoppiato".

Si specifica che le "algie" di qualsiasi natura (es. lombalgie, sciatalgie, cervicalgie) rappresentano dolori localizzati o sintomi, ma non "patologie". Non si considerano patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Assicurato deve inviare alla Compagnia non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Assicurato, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni assicurate

1.1 Ricovero con Intervento chirurgico in Istituto di Cura, Day Surgery e Interventi ambulatoriali di cui all'Allegato 3 – Elenco GIC (solo per opzione basic e medium) e Ricovero con e senza Intervento chirurgico in Istituto di Cura, Day Hospital, Day Surgery, Intervento ambulatoriale (opzione top)



Prima del Ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati nei giorni prima del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, purché pertinenti alla Malattia o all'Infortunio che ha reso necessario il Ricovero o l'Intervento chirurgico ed effettuati nel corso della vigenza contrattuale.

Durante il Ricovero

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'Intervento chirurgico
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- spese per materiale protesico e presidi terapeutici
- Rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione); in caso di accesso a strutture non convenzionate rimborso nel limite di quanto riportato nell'Allegato 1 "schede riassuntive", a seconda dell'opzione scelta
- assistenza medica e infermieristica nel limite di quanto riportato nell'Allegato 1 "schede riassuntive", a seconda dell'opzione scelta;
- cure, medicinali, esami, nonché Trattamenti fisioterapici e riabilitativi purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria

Dopo il Ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, Visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni dopo il Ricovero o l'Intervento chirurgico, purché pertinenti alla Malattia o Infortunio che ha reso necessario il Ricovero o l'Intervento chirurgico ed effettuati nel corso della vigenza contrattuale.

Trapianti

In caso di trapianto, sono riconosciute solo le spese dell'Assicurato per ricevere l'organo trapiantato.

Sono escluse tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.



Le prestazioni pre e post seguono il regime dell'Evento principale.



1.2 Parto naturale (solo per opzione top)

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "prima del Ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro il relativo sub-massimale di seguito indicato:



Limite: 3.000,00 euro per evento.



1.3 Spese dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato che debba recarsi presso un Istituto di cura non convenzionato per ricevere una prestazione sanitaria prevista dalla Polizza: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, specificatamente documentati (fatture, notule, ricevute).

Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).



1.4 Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per ricevere una prestazione prevista dalla Polizza e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero. Escluso l'uso di eliambulanze.

La scelta del mezzo per il trasporto spetta ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.



1.5 Indennità sostitutiva

Se l'Assicurato è ricoverato presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale, ha diritto a chiedere l'erogazione di una Indennità che, sebbene calcolata sul numero di giorni di Ricovero, è volta a supportarlo nel percorso di recupero della salute. Tale percorso inizia con il rientro dell'Assicurato al domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'Indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale Indennità ai suoi eredi. L'indennità viene liquidata per ciascun giorno di ricovero fino a 100 giorni.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'Indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il Ricovero nella stessa struttura sanitaria.

La Compagnia rimborsa le stesse prestazioni descritte al punto 1.1 "prima del ricovero" e "dopo il ricovero", sostenute nei giorni prima e dopo il ricovero nell'ambito delle singole prestazioni extraospedaliere, se previste.

2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere



- Le spese per un Ricovero improprio non sono riconosciute nella garanzia Ricovero ma nell'ambito delle singole garanzie extra ospedaliere se previste e indennizzabili a termini di Polizza
- tutti gli Interventi chirurgici con limiti massimi o Sub-massimali includono anche gli Interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:
 - a. gli Interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la stessa via d'accesso, sono compresi nel Sub-massimale presente in Polizza, quando previsto
 - b. gli interventi concomitanti effettuati nella stessa seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%
- Intesa Sanpaolo RBM Salute copre anche le spese per gli interventi ricostruttivi, avvenuti in vigenza di polizza, nei seguenti casi:
 - 1) interventi a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e siano assicurati dalla nascita;
 - 2) interventi a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza;
 - 3) interventi a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni.

Le spese per gli interventi di cui ai punti 1) e 2) vengono riconosciute nell'ambito del massimale previsto per le prestazioni ospedaliere.

- Le spese per gli interventi di cui al punto 3) vengono riconosciute se conseguenti a interventi demolitivi di natura oncologica per qualunque sede anatomica. Nel caso di neoplasia mammaria, tale garanzia interviene in caso di mastectomia radicale. È compresa anche la simmetrizzazione effettuata in concomitanza con tale intervento.

La garanzia opera anche se:

 - l'intervento ricostruttivo ha natura estetica
 - l'intervento ricostruttivo è effettuato in un secondo momento rispetto all'intervento demolitivo
 - l'intervento demolitivo è stato eseguito prima della decorrenza della presente polizza

Sub-Massimale annuo a nucleo per interventi ricostruttivi conseguenti a interventi demolitivi di natura oncologica: 5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria

3. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali, garanzie, Franchigie e Scoperti variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "schede riassuntive".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale: solo se l'Assicurato è domiciliato in una provincia priva di strutture o medici convenzionati
- Regime misto: solo se l'Assicurato è domiciliato in una provincia priva di strutture o medici convenzionati

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

La Compagnia riconosce le seguenti prestazioni conseguenti a Malattia e Infortunio:



1.1 Alta Diagnostica e terapie

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- RMN
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- medicina nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- Coronarografia
- Ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.)
- Elettrocardiogramma sotto sforzo
- Ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- Esami endoscopici anche se comprendenti biopsia
- Esami istologici
- Amniocentesi e villocentesi (esclusivamente in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età)
- Terapie: Chemioterapia, Radioterapia e Dialisi.



1.2 Diagnostica Strumentale Standard (solo per l'opzione top)

- Diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- Ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- Elettrocardiografia, ECG Holter, monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- Elettroencefalografia
- Elettromiografia
- Uroflussometria
- MOC (densitometria ossea)

1.3 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali, garanzie, Franchigie e Scoperti, regimi di erogazione variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "schede riassuntive".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

2. VISITE SPECIALISTICHE

2.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese per visite specialistiche conseguenti a Malattia e Infortunio.

Sono escluse le visite psichiatriche, ortodontiche e pediatriche.

Le visite specialistiche odontoiatriche sono invece indennizzabili esclusivamente nell'ambito della garanzia "Prestazioni odontoiatriche di controllo", alle condizioni ivi previste".



2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali, Franchigie e Scoperti, regimi di erogazione variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "schede riassuntive".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale (solo per l'opzione 3)
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

3. TICKET

3.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese per i ticket sanitari per

- accertamenti diagnostici (inclusi gli esami di laboratorio) non previsti ai precedenti punti 1.1 e 1.2 e al successivo punto 4
- pronto soccorso

conseguenti a Malattia o a Infortunio.

3.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali, Franchigie e Scoperti variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "Scheda riassuntiva".

Regimi di erogazione

- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

4. PACCHETTO MATERNITÀ

4.1. Prestazioni

La Compagnia riconosce le spese per:

- Test genetici prenatali non invasivi
- visita anestesiológica (parto programmato)
- visite/controlli per gravidanza (max. 4, elevate a 6 in caso di gravidanza a rischio)
- ecografie, analisi, amniocentesi/villocentesi, translucenza nucale.



4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

I Massimali variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "schede riassuntive".

Regimi di erogazione

- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale.

Franchigie e scoperti

Non previsti

5. INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER PARTO

5.1 Prestazioni



Se il parto avviene presso una struttura del Servizio Sanitario Nazionale l'Assicurato ha il diritto a chiedere un'Indennità, che, sebbene calcolata sul numero di giorni di Ricovero, è volta a supportarlo nel percorso di recupero a seguito del parto.

Tale percorso inizia con il rientro dell'Assicurato al domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'Indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale Indennità ai suoi eredi.

L'indennità viene riconosciuta per ciascun giorno di ricovero fino a 7 giorni.

I limiti variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "schede riassuntive".

6. LENTI E OCCHIALI

6.1. Prestazioni

Sono indennizzate le spese per acquistare occhiali da vista (comprensivi di montature), lenti da vista anche a contatto (escluse le "usa e getta" e comunque in alternativa alle lenti per occhiali) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista abilitato, per recuperare l'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Sono comprese le lenti da sole graduate



È necessario presentare alla Compagnia il certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹⁰. La richiesta di Rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno.

6.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

I Massimali variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "schede riassuntive".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Franchigia 50,00 euro.

C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate solo in Centri medici, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).



1. Prestazioni

La Compagnia riconosce le spese per Trattamenti fisioterapici e rieducativi da Infortunio o patologie particolari di seguito indicate:

- Ictus cerebrale
- Forme neoplasiche invalidanti

- Neoplasie
- Forme degenerative encefaliche
- Forme degenerative midollari.

Sono riconosciute anche le spese per l'agopuntura.

Non rientrano, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

¹⁰ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

Si precisa che la presente garanzia opera esclusivamente nei casi in cui la fisioterapia sia prescritta direttamente come terapia da eseguire a seguito di uno degli eventi sopra indicati, mentre non può essere utilizzata nel caso in cui le prestazioni fisioterapiche siano prescritte nell'ambito o a seguito di un ricovero (vedi "Prestazioni ospedaliere" alle quali si rimanda) o in relazione ad altri casi eventualmente previsti dal presente contratto.

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

I Massimali, Franchigie e Scoperti, Sub-massimali variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "schede riassuntive".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D) PREVENZIONE

1. Protocolli di prevenzione

1.1 Prestazioni

La Compagnia riconosce i seguenti pacchetti di prevenzione a scelta, prenotati in un'unica soluzione, solo presso le strutture del Network:



PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

PREVENZIONE ONCOLOGICA

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)

- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA (solo per l'opzione top)

Compilazione del questionario (nell'area riservata usando username e password)

- nel caso in cui:

- a) non si configuri un quadro di sindrome metabolica, l'Assicurato ne avrà immediato riscontro dal risultato del questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) l'Assicurato risulti in uno stato di sindrome metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) si configuri un quadro di sindrome metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. e si inviterà l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

Nel caso c) la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in Network da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Compagnia in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate.

La Centrale operativa comunicherà all'Assicurato il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL;
- colesterolo totale;
- glicemia;
- trigliceridi.

Prima di compilare il questionario

- inserire i propri dati, con unica possibilità salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi
- nella prima pagina del questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione
- non inserire dati non veritieri, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE (solo per l'opzione top)

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni sotto-elencate, effettuate in strutture del Network:

- spirometria

- visita pneumologica.

1.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Illimitato.

La tipologia di pacchetti di prevenzione e il numero di pacchetti a scelta da poter eseguire nel corso del Piano sanitario varia a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "schede riassuntive".

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Nessuno

2. Prevenzione herpes zoster

2.1 Prestazioni

Per Assicurati con più di 55 anni la Compagnia riconosce le spese per il vaccino una tantum.



2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

I Massimali variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "Scheda riassuntiva".

Regimi di erogazione

Assistenza diretta, in specifici Centri autorizzati del Network.
Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Franchigia: 36,15 euro

E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA MALATTIA E INFORTUNIO E PREVENZIONE ORALE

1. Prestazioni di implantologia

1.1 Prestazioni

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, comprese le corone.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, la corona provvisoria e il perno moncone relativi all'impianto.



La presente garanzia opera solo presso le strutture convenzionate del Network.

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

I Massimali e gli Scoperti variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "scheda riassuntive".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale: l'Assicurato può usufruire delle prestazioni odontoiatriche anche fuori Network se il centro convenzionato più vicino è distante più di 40 km dal proprio domicilio o dal luogo di lavoro.

2. Avulsione denti

2.1 Prestazioni

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione) fino a 4 denti.



La presente garanzia opera solo presso le strutture convenzionate del Network.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

I Massimali e gli Scoperti variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "schede riassuntive".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale: l'Assicurato può usufruire delle prestazioni odontoiatriche anche fuori Network se il centro convenzionato più vicino è distante più di 40 km dal proprio domicilio o dal luogo di lavoro.

3. Prestazioni odontoiatriche di controllo

3.1 Prestazioni

La Compagnia riconosce:

- visite specialistiche odontoiatriche
- ablazione del tartaro

presso le strutture convenzionate del Network.



3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimali, garanzie e Scoperti variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicati nell'allegato 1 "schede riassuntive".

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale: l'Assicurato può usufruire delle prestazioni odontoiatriche anche fuori Network se il centro convenzionato più vicino è distante più di 40 km dal proprio domicilio o dal luogo di lavoro.

F) ALTRE GARANZIE

1. Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare)

1.1. Prestazioni

La Compagnia eroga una Indennità una tantum agli Assicurati, figli del Titolare, a cui è diagnosticata la Sindrome di Down - Trisomia 21.

L'Indennità è erogata se la nascita è intervenuta durante il periodo di copertura.

La garanzia opera sia nel caso in cui la copertura assicurativa è estesa ai componenti del Nucleo familiare, sia nel caso in cui è rivolta al solo Titolare, dal momento in cui il figlio risulta a carico del Titolare.

Le indennità erogate variano a seconda dell'opzione scelta e sono indicate nell'allegato 1 "Scheda riassuntiva".

2. Indennità per Sindromi influenzali di natura pandemica

2.1. Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di Ricovero dell'Assicurato, con o senza Intervento chirurgico, presso

- struttura ospedaliera del SSN
- struttura accreditata o convenzionata con il SSN
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)



per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, la Compagnia eroga un'Indennità di 50,00 euro per ciascun giorno di Ricovero per i primi 15 giorni e 25,00 euro per i successivi fino a un massimo di 30 giorni (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'Indennità non è riconosciuta per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura di cui sopra.

2.2 Indennità da convalescenza post ricovero in terapia intensiva per la cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di Ricovero in terapia intensiva dell'Assicurato presso



- struttura ospedaliera del SSN
- struttura accreditata o convenzionata con il SSN
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, la Compagnia liquida un'indennità da convalescenza (prescritta al momento delle dimissioni) una tantum di 2.500,00 euro (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

Art. 23. Neonati



L'Assicurazione opera anche:

- per i neonati se la comunicazione alla Compagnia della loro nascita è fatta entro 30 giorni da quando è avvenuta
- per le cure e gli Interventi chirurgici conseguenti a malformazioni o Difetti fisici, se effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro i limiti indicati nell'Allegato 1 "Scheda riassuntive" a seconda dell'opzione scelta.

Art. 24. Estensioni di garanzia

Sono inclusi: Malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della Polizza.



CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 25. Esclusioni

Sono esclusi dall'Assicurazione:

- 1) Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
- 2) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
- 3) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 4) Infortuni che derivano 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 che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill"
- 5) Infortuni derivanti dallo svolgimento di Sport professionistico o dalla partecipazione a Gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
- 6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
- 7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- 8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 9) spese in conseguenza di Malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
- 10) interruzione volontaria della gravidanza
- 11) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da Polizza, per tumori maligni
- 12) prestazioni di natura odontoiatrica salvo quanto previsto alla garanzia E) "Prestazioni odontoiatriche da malattia e infortunio e prevenzione orale"
- 13) cure e interventi per eliminare o correggere Difetti fisici o le loro conseguenze, salvo quanto previsto all'art. 23
- 14) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di Infortuni o Malattie non indennizzabili ai sensi di Polizza
- 15) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)



- 16) Ricoveri in lungodegenza
- 17) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli Interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi l'Indennità sostitutiva di cui all'art. 1.5
- 18) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia)
- 19) interventi di Chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
- 20) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero"
- 21) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
- 22) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini, salvo quanto previsto nella garanzia D) "Prevenzione"
- 23) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
- 24) Ricoveri impropri
- 25) le spese mediche relative a Infortuni occorsi prima della decorrenza della Polizza, le relative conseguenze e complicanze
- 26) conseguenze dirette o indirette di pandemie, salvo quanto previsto nella garanzia "Indennità per Sindromi influenzali di natura pandemica"

Art. 26. Persone non assicurabili

Il Titolare della copertura assicurativa, alla decorrenza dell'Assicurazione, deve avere almeno 16 anni compiuti.

Non sono assicurabili le persone che alla decorrenza dell'Assicurazione abbiano già compiuto 71 anni. Per gli Assicurati che raggiungono il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 27. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

27.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il Sinistro alla Compagnia non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo¹¹.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo non può essere presentata e quindi è respinta. Per "richiesta di Indennizzo" si intende quella di accesso al Network per usufruire di prestazioni in regime di Assistenza diretta oppure quella di ottenere un Rimborso o una Indennità (comunque denominata).

La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (i.e., non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico di medicina generale ai fini della cura della patologia dell'Assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un Evento in copertura.

La Compagnia respinge la richiesta di Indennizzo nei seguenti casi:

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- Massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione

Regime rimborsuale

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente

¹¹ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- errato inserimento della richiesta
- prestazione in convenzione eseguita da medico convenzionato in struttura convenzionata
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di una nuova richiesta di rimborso per una fattura già presentata a rimborso/rimborsata
- presentazione di una richiesta di indennità già richiesta/liquidata

Si precisa che quelli sopra elencati rappresentano i principali motivi di respingimento che si possono verificare in conformità alle previsioni di polizza. L'elenco non è quindi da considerarsi esaustivo.

La Compagnia non corrisponde l'indennizzo all'Assicurato anche nei seguenti casi:

- annullamento della richiesta di Indennizzo da parte dell'Assicurato
- prestazione non eseguita
- prestazione diversa da quella autorizzata

La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di Indennizzo se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: Cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di Intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; assenza di materiale radiografico e foto intraorali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di pronto soccorso in caso di prestazioni connesse all'Infortunio)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario. Se l'Assicurato non integra la domanda di Indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta della Compagnia, il Sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al Rimborso.

Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

Visite di medici incaricati dalla Compagnia

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati dalla Compagnia e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto



- non prima di 48 ore dalla denuncia del Sinistro
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al Sinistro.

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della Polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare la Compagnia
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il Rimborso dei Sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà, con:
 - o estremi del testamento
 - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - o indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - o non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di decreto del giudice tutelare con il quale si autorizza la Compagnia a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i Sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Tali previsioni non operano relativamente all'Indennità sostitutiva e all'indennità sostitutiva per parto che non sono trasmissibili agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.

Pagamento dell'indennizzo in caso di Beneficiario minorenne o incapace d'agire

In caso di beneficiario minorenne o incapace d'agire Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga l'indennizzo:

- o a chi esercita la potestà parentale
- o al Tutore
- o al Curatore
- o all'Amministratore di sostegno

dietro presentazione dell'originale o copia autenticata di Decreto del Giudice Tutelare che autorizza questi ultimi a riscuotere il capitale destinato al beneficiario minorenni o incapace.

Uso di medici, odontoiatri e strutture convenzionate

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi solo in Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

Nel Regime misto l'obbligo riguarda solo le prestazioni della Struttura convenzionata, non anche gli oneri dei medici non aderenti al Network o concordate dalla struttura convenzionata.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata del sito internet www.insaluteservizi.com o nell'app mobile.

Prestazioni intramoenia

Sono considerate prestazioni private, anche se eseguite in strutture pubbliche.

Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel Massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa.

Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post Ricovero/Day hospital

I limiti di spesa (per esempio Franchigia/Scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un Ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia Ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

In regime di Assistenza diretta, nel caso in cui il Ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre Ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla Polizza. L'Assicurato è tenuto a restituire alla Compagnia, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una Franchigia o uno Scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta della Compagnia, a restituire l'intera somma pagata dalla Compagnia alla struttura convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla struttura convenzionata se la Compagnia non aveva ancora provveduto al pagamento.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della Cartella clinica).

27.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta o mista

L'Assicurato deve:

- procurarsi tutta la documentazione di cui al punto "Documenti da trasmettere", per eseguire la prestazione in regime di Assistenza diretta (es. prescrizione medica con indicazione della patologia)
- scegliere la Struttura e/o il medico del Network presso la quale eseguire la prestazione.

L'autorizzazione fornita dalla Compagnia ha ad oggetto l'erogazione della prestazione prevista in una specifica data in cui l'Assicurato abbia manifestato la propria disponibilità. Nel caso in cui all'Assicurato sia stata prescritta l'esecuzione di un ciclo di prestazioni (es. fisioterapiche o odontoiatriche), l'autorizzazione viene rilasciata per l'intero ciclo di cura. Si precisa che il piano di cura deve in ogni caso concludersi entro il termine della validità della polizza.

Con riferimento all'individuazione della data, l'Assicurato può procedere in 2 modi, ossia:

1) l'Assicurato concorda con la Struttura e/o il medico del Network la data della prestazione prima di inoltrare la richiesta di autorizzazione alla Compagnia

L'Assicurato contatta la struttura e/o il medico scelti del Network e concorda la data della prestazione.

L'Assicurato successivamente chiede alla Compagnia -tramite App, area riservata o canale telefonico- l'autorizzazione all'erogazione della prestazione, allegando tutta la documentazione prevista (in caso di richiesta telefonica, gli operatori indicheranno all'Assicurato come inviare la documentazione) e indicando la Struttura e/o il medico scelti e la data fissata.

Nel caso di richiesta avente ad oggetto un ciclo di prestazioni sarà necessario indicare la data di inizio del ciclo di cura.

Oppure

2) l'Assicurato inoltra la richiesta di autorizzazione alla Compagnia senza aver prima concordato la data della prestazione con la Struttura e/o il medico del Network

In questo caso l'Assicurato contatta la Compagnia -tramite App, area riservata o canale telefonico- indicando tre possibili alternative in cui la prestazione potrebbe essere effettuata. Se una delle tre date proposte dall'Assicurato per eseguire la prestazione è compatibile con la disponibilità in quel momento della Struttura, il sistema blocca automaticamente l'agenda della Struttura e l'Assicurato riceve da quest'ultima la conferma della prenotazione. Nel caso di richiesta avente ad oggetto un ciclo di prestazioni sarà necessario indicare la data di inizio del ciclo di cura.

In caso contrario, la Struttura contatta direttamente l'Assicurato per definire con lui una data alternativa per eseguire la prestazione. L'Assicurato riceve dalla Struttura conferma della prenotazione.

Come chiedere l'autorizzazione

- con l'app mobile InSalute Servizi
- da area riservata accessibile dal sito di InSalute Servizi
- per telefono
 - **800 776 490** da telefono fisso/cellulare (numero verde) per chiamate dall'Italia
 - **011 5695389** per chiamate dall'estero.

La Centrale Operativa è disponibile da lunedì a venerdì dalle ore 8.30 alle 20.00 e il sabato dalle 8.30 alle 13.30.

Relativamente alle prestazioni pre ricovero è possibile richiedere l'autorizzazione esclusivamente tramite canale telefonico.

La Compagnia rilascia l'autorizzazione alla prestazione entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa e della data della prestazione. In caso di richiesta di integrazione, il termine di 7 giorni per il rilascio dell'autorizzazione decorre dal giorno di ricevimento della documentazione giustificativa completa e della data della prestazione. Nell'autorizzazione sono evidenziate le eventuali spese a carico dell'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti).

Se la Compagnia conclude positivamente i controlli di natura amministrativa e medica della richiesta avanzata, invia all'Assicurato l'autorizzazione alle prestazioni in assistenza diretta con e-mail o sms. L'Assicurato, al momento della richiesta della prestazione sanitaria, deve indicare la modalità di ricezione dell'autorizzazione scegliendo tra sms e e-mail. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere l'e-mail come mezzo di ricezione e stampare l'autorizzazione. All'interno dell'sms o della e-mail saranno presenti le indicazioni per consentire all'Assicurato di visualizzare i dettagli dell'autorizzazione e le eventuali quote a proprio carico, in caso di applicazione di scoperto, franchigia o superamento del massimale.

Non è necessaria la preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate nei soli casi di emergenza medico-sanitaria come di seguito indicati.

Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero)

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa nonostante si sia deciso di utilizzare comunque una Struttura del Network

- l'Assicurato o altro soggetto legittimato può chiedere il rilascio dell'autorizzazione **entro i 5 giorni successivi all'inizio del Ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni

- è necessario trasmettere alla Centrale Operativa il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

La valutazione finale sulla effettiva esistenza del requisito di gravità rispetto al singolo caso è comunque effettuata dalla Centrale operativa; l'attivazione della procedura d'urgenza è subordinata a tale valutazione.

La procedura d'urgenza non può essere attivata per Ricoveri in regime di Assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato deve sempre ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale operativa.

Solo per la garanzia prestazioni odontoiatriche e lenti e occhiali

Per le prestazioni odontoiatriche e quelle aventi ad oggetto lenti e/o occhiali, l'Assicurato deve rivolgersi alla struttura convenzionata scelta, la quale inserirà direttamente la richiesta di autorizzazione. L'Assicurato deve perciò mettere a disposizione della struttura tutta la documentazione necessaria da allegare alla richiesta, compreso lo specifico modulo da utilizzare per le lenti/occhiali: tale modulo è disponibile nell'area riservata/app una volta selezionato il Centro Ottico al quale l'Assicurato vuole rivolgersi.

La Compagnia provvederà a valutare la richiesta pervenuta e a inviare all'assicurato l'autorizzazione con indicazione del massimale ed eventuali franchigie/scoperti previsti dal piano sanitario o il diniego. A questo punto l'Assicurato potrà tornare presso la struttura selezionata e ricevere la prestazione autorizzata.

Per ricevere assistenza

L'Assicurato può scrivere una mail a: supporto.collettiveISP@insaluteservizi.com

Dati da fornire alla Centrale operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite dalla Compagnia
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata:
 - **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
 - prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione;** se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**



Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione sanitaria.

- **copia del certificato di prenotazione del Ricovero**, o dell'autorizzazione al Ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta, per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-Ricovero in regime di Assistenza diretta

- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**

- **referto del pronto soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio**; se non ci sono strutture di pronto soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può trasmettere un certificato redatto **entro 7 giorni dall'infortunio** dal Medico di medicina generale o da medico specialista (diverso da quello che effettua direttamente o indirettamente le prestazioni) che dichiara: causa/e, luogo e dinamica dell'infortunio, unitamente alla descrizione delle lesioni subite dall'Assicurato, al nesso di casualità con l'infortunio e le cure e gli accertamenti eseguiti nell'immediatezza dell'evento. Il costo di tale certificato rimane a carico dell'Assicurato.

Le cure dentarie da Infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'Infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di pronto soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**; è comunque sempre necessaria la **prescrizione medica dell'odontoiatra**.

- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile**.

- **In caso di incidente stradale**: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);

- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione (solo per l'opzione top) in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale

- **prestazioni odontoiatriche**: per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:

- **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentscan**
- **certificati di laboratorio**
- come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:



	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
AVULSIONE (estrazione denti)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche		Fotografie e/o radiografie endorali. nei casi di: - estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche fattura dell'anestesista
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopantomiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopantomiche

- **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti.

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del Sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Come trasmettere i documenti:

- in caso di avvenuta attivazione all'Area Riservata: tramite Area Riservata/App
- negli altri casi: tramite altra modalità utilizzabile dall'Assicurato (es. email) concordata con la Centrale Operativa

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria e/o il medico convenzionati dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa;
- se disponibili nel territorio, **sono individuate le strutture e/o i medici convenzionati** (in caso di Ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione**;
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate **e la prestazione da eseguire**.

Validità dell'autorizzazione

L'autorizzazione viene rilasciata per la prestazione richiesta da effettuarsi nella data concordata con l'Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato ad effettuare la prestazione nella data concordata, dovrà contattare la Struttura e/o il medico scelti per concordare lo svolgimento della prestazione in un'altra data.

L'Assicurato chiederà, quindi la modifica dell'autorizzazione già rilasciata attraverso la Struttura e/o medico scelti o contattando la Centrale Operativa. Tale possibilità è subordinata al rispetto di tutte le seguenti condizioni:

- 1) la prestazione da svolgere, la Struttura e/o il medico presso i quali effettuarla siano gli stessi indicati nell'autorizzazione già rilasciata;
- 2) l'Assicurato abbia contattato la Centrale Operativa o la Struttura e/o medico prescelti per comunicare la nuova data concordata;
- 3) la data della nuova prestazione rientri nel periodo di validità dell'autorizzazione ricevuta.

L'autorizzazione ha validità di 90 giorni dalla data di rilascio della stessa. La durata di validità dell'autorizzazione può essere inferiore a 90 giorni dalla data di rilascio in presenza di limiti che intervengano prima dei 90 giorni per:

1. il raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o
2. la cessazione della copertura.

Superato il termine di validità di 90 giorni, in presenza di copertura, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio di una nuova autorizzazione.

Esempio 1:

Data di dimissione ospedaliera a seguito di ricovero: 10/03/2023

Termine di indennizzo per le spese post ricovero: 120 giorni dalle dimissioni (10/07/2023)

Richiesta autorizzazione: 05/05/2023

Rilascio dell'autorizzazione il 10/05/2023;

Autorizzazione valida fino al 08/08/2023, per un totale 90 giorni dal 10/05/2023.

Esempio 2:

Rilascio dell'autorizzazione: 10/12/2023;

Autorizzazione valida fino al 31/12/2023, per un totale 21 giorni dal 10/12/2023.

Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullare l'autorizzazione prima dell'erogazione della prestazione presso la struttura sanitaria, può farlo dalla propria area riservata o contattando la Centrale Operativa



Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, rilasci una nuova autorizzazione.

Segnalazione di nuove strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalare, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento.

È sufficiente proporre la candidatura nel sito www.insaluteservizi.com alla sezione "Segnala Struttura".

a) Centrale operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza aver ricevuto la preventiva autorizzazione della Centrale operativa, ad eccezione dei casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero), la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

b) Dopo la prestazione

- La Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di Polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di ricovero Cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹²...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: Franchigie e Scoperti, superamento di Massimali).

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione

- La Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato

- l'Assicurato deve

- restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
- oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici nel caso in cui la Compagnia non avesse ancora effettuato il pagamento.

¹² D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

27.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso / Richiesta di indennità

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea, b) on line**. In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il Rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.

- le prestazioni devono

- essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni, ad eccezione delle prestazioni odontoiatriche**; se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**.

- **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**

- **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**

- **essere comprovate da idonea documentazione di spesa rilasciata da Istituto di Cura, da Centro Medico o da professionista sanitario o comunque da ente congruente con la prestazione effettuata; la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi.**

Per valutare in modo corretto il Sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, la Compagnia può sempre chiederne anche gli originali.

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'Indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di Rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

a) Richiesta di Rimborso cartacea

Per ottenere il Rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.insaluteservizi.com sezione "Modulistica"). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta di Rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo (incluso il "Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia", da sottoscrivere con firma specifica in aggiunta a quella da apporre in calce alla richiesta di rimborso). In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di Rimborso copia dei seguenti documenti:

1. **documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa

deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola.

Nel caso in cui la fattura si riferisca a più prestazioni, ogni voce e il relativo importo devono essere riportate singolarmente all'interno del documento di spesa (ad esempio per visita ginecologica ed ecografia transvaginale la fattura deve dettagliare il costo della visita e dell'ecografia separatamente e non riportare solo il costo complessivo). In caso utilizzo del SSN, se la fattura non specifica il regime di erogazione e il dettaglio delle prestazioni eseguite, è necessario presentare il certificato di prenotazione o accettazione.

2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
3. **copia conforme della Cartella clinica completa, contenente anche** la S.D.O., in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
5. **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹³.
La richiesta di Rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno.
6. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** (solo per l'opzione top), in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi simili, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
7. **per Trattamenti fisioterapici:**
 - i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
 - ii. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
 - iii. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico.
8. per prestazioni in **Regime misto**: l'Assicurato deve presentare anche:

¹³ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.



- un modulo sottoscritto dalla struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata, oppure
- prova del pagamento degli onorari medici (per esempio copia del bonifico bancario eseguito)

9. in caso di **Infortunio** devono essere presentati anche:

- **referto del pronto soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di pronto soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può trasmettere un certificato redatto **entro 7 giorni dall'infortunio** dal Medico di medicina generale o da medico specialista (diverso da quello che effettua direttamente o indirettamente le prestazioni) che dichiara: causa/e, luogo e dinamica dell'infortunio, unitamente alla descrizione delle lesioni subite dall'Assicurato, al nesso di casualità con l'infortunio e le cure e gli accertamenti eseguiti nell'immediatezza dell'evento. Il costo di tale certificato rimane a carico dell'Assicurato.

Le cure dentarie da Infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'Infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di pronto soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**; è comunque sempre necessaria la **prescrizione medica dell'odontoiatra**;

- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo**.

In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di Rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID (constatazione amichevole)**.

10. **certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21** in caso di richiesta di indennità

11. **in caso di indennità per ricovero o per convalida post ricovero in terapia intensiva:**

copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del Sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.

c/o InSalute Servizi S.p.A. - Ufficio Liquidazioni

via San Francesco d'Assisi, 10

10122 Torino (TO)

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di Rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (<https://areariservata.insaluteservizi.com>)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che la Compagnia considera equivalente all'originale. La Compagnia si riserva di effettuare, con i medici e con le strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Regime rimborsuale, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione

- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato all'Assicurato

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli¹⁴:

Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 7 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 8 - Decorrenza dell'assicurazione – Tacito rinnovo – Diritto di recesso

Art. 9 – Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 10 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio – Categorie assicurate

Art. 18 - Foro competente

Art. 25 - Esclusioni

Art. 26 - Persone non assicurabili

Art. 27 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.a.

¹⁴ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.



	Ticket	nessuno Scoperto/Franchigia
4. Pacchetto maternità		
Massimale		1.000,00 euro a gravidanza
Condizioni:		
	Ticket	nessuno Scoperto/Franchigia
5. Indennità sostitutiva per parto		
Massimale		100,00 euro al giorno max 7 giorni
6. Lenti e occhiali da vista (compresa montatura)		
Massimale		150,00 euro
	diretta/rimborso	Franchigia 50,00 euro
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE (C)		
Trattamenti fisioterapici da Infortunio o patologie particolari e Agopuntura		patologie da elenco
Massimale		700,00 euro con sotto-limite di 300,00 euro per agopuntura
Condizioni:		
	diretta	Franchigia 15,00 euro a seduta
	Ticket	nessuno Scoperto/Franchigia
PREVENZIONE (D)		
1. Protocolli di prevenzione		2 pacchetti a scelta, solo regime diretto
Prevenzione cardiovascolare		1 volta l'anno
Prevenzione oncologica		1 volta ogni 2 anni (uomo >45 anni, donna >35 anni)
Prevenzione della sindrome metabolica		1 volta l'anno
Prevenzione malattie respiratorie		1 volta l'anno
2. Prevenzione Herpes Zoster		solo per Assicurati >55 anni
Massimale		250,00 euro una tantum
	Condizioni:	Franchigia 36,15 euro
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA MALATTIA E INFORTUNIO E PREVENZIONE ORALE (E)		
1. Prestazioni di implantologia		comprese le corone provvisorie
Massimale		2.300,00 euro (sottomax. 600,00 euro per 1 impianto, 1.100,00 euro per 2)
Condizioni:		
	diretta/rimborso (*)	Scoperto 15%
2. Avulsione denti (estrazione denti)		
Massimale		500,00 euro
	diretta/rimborso (*)	Scoperto 15%, max 4 denti
3. Prestazioni odontoiatriche di controllo		2 volte l'anno
Condizioni		
	diretta/rimborso (*)	per visita specialistica odontoiatrica/ablazione del tartaro nessuno Scoperto/Franchigia
ALTRE GARANZIE (F)		
1. Trisomia 21 – Sindrome di Down		Indennità una tantum alla nascita intervenuta durante il periodo di copertura
Massimale		15.000,00 euro
2. Prestazioni per pandemia		
2.1 Copertura indennitaria per ricovero		50,00 euro al giorno per i primi 15 giorni e di e 25 per i successivi con un massimo di 30 giorni
2.2 Copertura indennitaria da convalescenza post terapia intensiva		2.500,00 euro una tantum alle dimissioni

(*) l'Assicurato può usufruire delle prestazioni odontoiatriche anche fuori network se il centro convenzionato più vicino è distante più di 40 km dal domicilio o dal luogo di lavoro.

INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L'“INFORMATIVA”)

Il Regolamento sulla “protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati” (di seguito il “Regolamento”) contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. La presente Informativa ne recepisce le previsioni.

SEZIONE 1 - IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., con sede legale in Via A. Lazzari n.5, 30174 Venezia – Mestre (VE), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche la “Società” o il “Titolare”) tratta i Suoi dati personali (di seguito i “Dati Personali”) per le finalità indicate nella Sezione 3. Per ulteriori informazioni può visitare il sito Internet di Intesa Sanpaolo RBM Salute www.intesasampaolorbmsalute.com e, in particolare, la sezione “Privacy” con tutte le informazioni concernenti l'utilizzo ed il trattamento dei Dati Personali.

SEZIONE 2 - DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

Intesa Sanpaolo RBM Salute ha nominato il “responsabile della protezione dei dati” previsto dal Regolamento (c.d. “*Data Protection Officer*” o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 7 della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail: privacy@intesasampaolorbmsalute.com

SEZIONE 3 - CATEGORIE DEI DATI PERSONALI, FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Categorie di Dati Personali

I Dati Personali che la Società tratta sono dati anagrafici, dati di contatto, dati relativi al nucleo familiare, dati di polizza, dati relativi ad eventuali sinistri che La riguardano, dati bancari per la liquidazione dei sinistri, altri dati personali da Lei forniti, nonché dati classificati dall'art. 9.1 del Regolamento come “categorie particolari”, quali:

- a) dati relativi allo stato di salute;
- b) dati riportati in prescrizioni e referti medici, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici;
- c) dati relativi alle prestazioni assicurative effettuate a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Inoltre, nell'ambito della gestione di eventuali reclami e contenziosi, potranno essere trattati dati multimediali (es. registrazioni delle telefonate intercorse).

Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che la riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi¹ (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

¹ Ad esempio, intermediari assicurativi, contraenti di polizze collettive o individuali in cui lei risulti assicurato, eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, di trasferimento della posizione

a) Erogazione di servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per fornirLe i servizi e/o prodotti previsti dagli eventuali contratti assicurativi di cui è parte o da misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (tra cui lavorazione delle richieste di rimborso delle prestazioni effettuate, accertamenti amministrativi e controlli sanitari, liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e in convenzione diretta).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

In relazione a tale finalità, il trattamento di dati particolari (tra cui dati idonei a rilevare le Sue condizioni di salute e dati relativi alla prestazione sanitaria ricevuta) potrà essere effettuato solo con il suo consenso, il cui rifiuto può comportare l'impossibilità per la Società di adempiere a quanto richiesto (art. 6.1 lett. a) del Regolamento).

b) Comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra l'Interessato e il Titolare e avvisi

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per favorire l'eventuale invio di avvisi e comunicazioni tra Lei ed e il Titolare, sempre nell'ambito dell'esecuzione di eventuali contratti assicurativi. Il conferimento di tali dati (es. indirizzo di posta elettronica o numero di telefono) sarà facoltativo.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per consentirLe la registrazione all' "Area riservata" e/o l'accesso direttamente alla stessa tramite le App per dispositivi mobili. Tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite (anche tramite notifiche push, qualora attivate, potranno essere inviate informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, estratti conto dei sinistri).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite Area riservata o App dal suo smartphone nell'ambito dell'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

d) Adempimento agli obblighi di legge connessi all'esecuzione dei contratti assicurativi

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione di contratti assicurativi di cui Lei sia parte, tra cui prescrizioni della normativa antiterrorismo, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi, per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per l'intero corso di vita dello stesso) oppure, infine, per la verifica della conformità aziendale a leggi e regolamenti nazionali e sovranazionali.

I suoi dati potranno inoltre essere trattati per la gestione di eventuali reclami (ricezione del reclamo, trattazione, registrazione all'interno di apposito Registro, predisposizione della risposta ed invio della stessa).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per adempiere ad obblighi di legge.

e) Estensione della polizza assicurativa a favore di altri Assicurati

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati e quelli di suoi familiari verranno trattati al fine estendere la copertura assicurativa a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto.

In tale contesto potrebbe essere richiesto il conferimento di categorie particolari di dati (dati idonei a rivelare lo stato di salute, referti medici, ecc.) relativi a Lei o a Suoi familiari. Tale conferimento è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma i dati forniti potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

f) Sviluppo del Business e gestione del rischio assicurativo della Società

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per sviluppare il Business e gestire il rischio della Società. I suoi dati potranno altresì essere trasmessi all'interno del Gruppo imprenditoriale per finalità amministrative. Inoltre, il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario al fine di:

- gestire eventuali contenziosi;
- perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi, tra cui la verifica dei reclami su base statistica e la registrazione delle telefonate con Lei intercorse. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati è effettuato in base al legittimo interesse del Titolare (art. 6.1 lett. f) del Regolamento.

SEZIONE 4 - CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI PERSONALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

a) Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.

b) Soggetti Terzi (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:

- Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri nonché la gestione della centrale operativa e, più in generale, fornitori incaricati all'esecuzione di attività strumentali;
- Società di mutuo soccorso;
- Agenti, subagenti, mediatori di assicurazione e di riassicurazione, produttori diretti, promotori finanziari ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione;
- Soggetti che svolgono servizi societari, finanziari e assicurativi quali assicuratori, coassicuratori, riassicuratori
- Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
- Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
- Fondi o casse sanitarie;
- Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
- Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
- Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/organizzativa);
- Istituti bancari

c) Autorità (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc...) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia;

SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

Le Società ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso o 4) incaricati da parte del Titolare come soggetti autorizzati al trattamento di tali dati.

Il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati, e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento ex art. 28 del Regolamento.

SEZIONE 5 - TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE FUORI DALL'UNIONE EUROPEA

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

SEZIONE 6 - MODALITÀ DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I Suoi Dati Personali sono conservati, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui lei è parte; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo. I Dati Personali potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo email privacy@intesasanpaolorbmsalute.com. Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa.

Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese dalla Società, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente. Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, la Società potrà addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

1. Diritto di accesso

Lei potrà ottenere dalla Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati etc.

Qualora i Dati Personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, Lei ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate relative al trasferimento. Se richiesto, la Società Le potrà fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie la Società potrà addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalla Società in un formato elettronico di uso comune.

2. Diritto di rettifica

Lei potrà ottenere dalla Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.

3. Diritto di cancellazione

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali, se sussiste uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, qualora i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il consenso su cui si basa il trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento.

La informiamo che la Società non potrà procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali: qualora il loro trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

4. Diritto di limitazione di trattamento

Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio: a fronte di una Sua contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali oggetto di trattamento o qualora i Suoi Dati Personali le siano necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento.

5. Diritto alla portabilità dei dati

Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà:

- richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet);
- trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società.

Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalla Società direttamente ad un altro soggetto titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò sia tecnicamente fattibile per la Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.

6. Diritto di opposizione

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione).

Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.

7. Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali

Fatto salvo il Suo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente.

SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

In relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui dati relativi allo stato di salute e alla prestazione sanitaria ricevuta), utilizzati esclusivamente per l'attività assicurativa e liquidativa che la riguarda (es. lavorazione delle richieste di rimborso dei controlli sanitari effettuati), è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza di consenso.

ⁱ Ultimo aggiornamento 3 novembre 2022

Allegato 3: Elenco Grandi Interventi Chirurgici

NEUROCHIRURGIA

- Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
- Asportazione tumori dell'orbita
- Interventi di cranioplastica
- Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne
- Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
- Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale
- Interventi sul plesso brachiale
- Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

- Ernia femorale
- Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
- Nodulesctomia mammaria

OCUSLISTICA

- Interventi per neoplasie del globo oculare
- Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINO - LARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari
- Asportazione di tumori maligni del cavo orale
- Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare
- Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
- Intervento demolitivi della laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
- Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
- Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

- Tiroidectomia totale
- Interventi sulle paratiroidi
- Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
- Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

- Interventi per cisti o tumori del mediastino
- Interventi per echinococchi polmonare
- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
- Pneumonectomia totale o parziale



CHIRURGIA CARDIO-VASCOLARE

- Asportazione di tumore glomico carotideo
- Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
- Angioplastica con eventuale stent
- Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
- Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
- Interventi sul cuore per via toracotomica
- Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
- Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

- Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
- Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
- Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
- Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
- Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
- Appendicectomia con peritonite diffusa
- Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
- Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
- Drenaggio di ascesso epatico
- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
- Interventi chirurgici per ipertensione portale
- Interventi con esofagoplastica
- Interventi di amputazione del retto-ano
- Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
- Interventi per echinococcosi epatica
- Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
- Intervento per neoplasie pancreatiche
- Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
- Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Intervento per mega-esofago
- Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
- Resezione gastrica
- Resezione gastrica allargata
- Resezione gastrica totale
- Resezione gastro-digiunale
- Resezione epatica

TRAPIANTO D'ORGANO

- Trapianti di organo

UROLOGIA

- Terapia della calcolosi urinaria



- Cistoprostatovesciculectomia
- Interventi di cistectomia totale
- Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
- Interventi di prostatectomia radicale
- Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
- Nefroureterectomia radicale
- Surrenalectomia

GINECOLOGIA

- Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
- iectomia totale con eventuale annessectomia
- Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
- Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Interventi per sindrome del tunnel carpale
- Intervento per dito a scatto
- Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
- Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
- Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
- Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
- Interventi di stabilizzazione vertebrale
- Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
- Interventi per costa cervicale
- Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
- Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
- Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
- Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE

- Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

Allegato 4: Prestazioni con massimale raddoppiato

	Opzione Basic	Opzione Medium	Opzione Top
PRESTAZIONI OSPEDALIERE			
Ricovero con Intervento chirurgico, Day Surgery e Interventi Ambulatoriali	€ 180.000,00	€ 240.000,00	€ 300.000,00
Interventi per la correzione di malformazioni congenite sul neonato	€ 20.000,00	€ 30.000,00	€ 40.000,00
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE			
Alta specializzazione	€ 7.000,00	€ 10.000,00	€ 16.000,00
Visite specialistiche	€ 1.000,00	€ 1.400,00	€ 2.000,00
Ticket-accertamenti diagnostici e pronto soccorso	€ 700,00	€ 1.000,00	€ 1.400,00
Pacchetto maternità	€ 1.000,00	€ 1.400,00	€ 2.000,00
Lenti e occhiali da vista (compresa la montatura)	€ 200,00	€ 240,00	€ 300,00
PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE			
Fisioterapia da infortunio o patologie particolari, Agopuntura	€ 600,00	€ 1.000,00	€ 1.400,00
PREVENZIONE			
Prevenzione Herpes Zoster	€ 300,00	€ 400,00	€ 500,00
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE			
Prestazioni di implantologia	€ 4.000,00	€ 4.200,00	€ 4.600,00
Avulsione (estrazione denti)	€ 600,00	€ 800,00	€ 1.000,00
ALTRE GARANZIE			
Trisomia 21 (Sindrome di Down)	€ 14.000,00	€ 20.000,00	€ 30.000,00

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
Tel.+39 041 2518798
info@intesasanpaolorbmsalute.com
comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Capitale Sociale € 305.208.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F. e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia - Rovigo 05796440963,
Partita Iva 11991500015, Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle
Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).