



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria per
**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI
PAVIA** Associata a **CASSA
SALUTE**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

*Prima della sottoscrizione
leggere attentamente
le condizioni di assicurazione*

MODELLO FI 2300

Edizione 01/2022

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 269.000.000 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.



SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 29:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 – Informazioni generali** - da pag. 6
- **Capitolo 2 – Condizioni assicurative** - da pag. 7

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 11
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 21
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 21
- **Capitolo 4 - Disposizioni varie** - da pag. 28

SEZIONE III

- **Capitolo 1 – ComfortSalute®**

ALLEGATI

- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)
- Grandi Interventi Chirurgici
- Moduli richiesta perdita autosufficienza

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 blu: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione, personale tecnico-amministrativo a tempo determinato e indeterminato; collaboratori ed esperti linguistici; personale dirigente dell'Università degli Studi di Pavia.

Assicurazione: contratto con il quale Intesa Sanpaolo RBM Salute copre l'Assicurato per i danni subiti a causa di un sinistro, nei limiti stabiliti nelle CDA.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute 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.

Associato: Università degli Studi di Pavia, Strada nuova n. 65 - 27100 Pavia, c.f. 80007270186 associato alla Cassa.

Broker: intermediario di assicurazione iscritto alla Sez. B del Registro Unico Intermediari (RUI).

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

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/Fondo: CASSA SALUTE-, via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE), C.F. 97554000154; ha finalità assistenziale ed è abilitata¹ a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

CDA: Condizioni di assicurazione.

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

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

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

CoViD-19: 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.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo ricovero (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post)
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.
Data evento: data del ricovero.
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
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.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Indennità sostitutiva: Importo giornaliero erogato da Intesa Sanpaolo RBM Salute in caso di ricovero in assenza di richiesta di rimborso delle spese per le prestazioni effettuate durante il ricovero o ad esso comunque connesse.

¹ Art. 51 "Determinazione del reddito di lavoro dipendente" del D.P.R. n. 917/1986.

Indennizzo: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro, coperto dalle presenti CDA.

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 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.

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

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- 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 o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base ai requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

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'OMS²).

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

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

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.

² Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

Network: Istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui la Società ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

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

Nucleo familiare: il titolare, i familiari indicati da stato di famiglia, il coniuge, il convivente more uxorio e i figli, compresi i figli non conviventi purchè 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.

Polizza: contratto di assicurazione.

Premio: la somma che il Contraente deve a Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Protesi acustica (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi odontoiatriche: dispositivi medici individuali realizzati per riabilitare le funzioni orali dei pazienti sprovvisti di uno o più denti. Possono essere fisse o mobili, parziali o totali.

Protesi ortodontiche: dispositivi medici individuali utilizzati per prevenire, intercettare e correggere i vari tipi di malocclusione, malposizione e disfunzione dei denti e delle strutture correlate.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.

Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

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.

Costituisce parte integrante della Polizza.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di

Intesa Sanpaolo RBM Salute o di un 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 rimborsuale: regime per cui Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

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.

Rimborso: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro coperto dalle presenti CDA, 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.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

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).

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, da:

- personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione
- 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, terapeuta della riabilitazione, tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapeuta 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.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007³.

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. Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dal contratto.

Art. 5. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze⁴.

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 dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

Art. 6. 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.html.

³ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

⁴ Art. 2952 del Codice civile.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 7. Cosa si assicura

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Art. 8. 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'assicurazione⁵.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a Intesa Sanpaolo RBM Salute 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.

L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 9. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente è esonerato dal dichiarare alla Compagnia l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

Art. 10. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

10.1 Decorrenza

L'assicurazione dura 1 anno e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2022 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

10.2. Premio

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Pur annuo e indivisibile, è frazionato in modo annuale e deve essere pagato in anticipo, come riportato sul certificato di polizza.

È versato dal Contraente a Intesa Sanpaolo RBM Salute con bonifico bancario, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 90° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate⁶.

Scaduti i termini, con raccomandata Intesa Sanpaolo RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.

⁵ 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.

⁶ Art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice civile.

Si precisa che se dai controlli effettuati dall'Associato, in ottemperanza del D.M. n. 40 del 2008, risultasse un inadempimento a carico di Intesa Sanpaolo RBM salute, la stessa si impegna a ritenere in copertura il rischio, anche oltre i termini di mora, fino al termine delle procedure di verifica imposte dall'Art. 3 del D.M. precedentemente richiamato.

L'Assicurato può estendere la presenta copertura assicurativa ai componenti del nucleo familiare mediante il pagamento di un contributo a carico del titolare:

- 300,00 euro per il coniuge o convivente more uxorio
- 280,00 euro per ciascun figlio.

Le inclusioni di Assicurati ad adesione facoltativa sono così regolamentate:

- se avvenute entro trenta giorni dalla data di effetto dell'assicurazione, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo;
- nel caso in cui il Contraente si avvalga della facoltà di rinnovo per una ulteriore annualità, le nuove adesioni facoltative, se avvenute entro trenta giorni dal 31/12/2022, comporteranno la corresponsione dell'intero premio annuo.

10.3 Anagrafica

Le anagrafiche devono pervenire a Intesa Sanpaolo RBM Salute tramite tracciato informatico concordato.

Anagrafica **provvisoria**: alla decorrenza della copertura assicurativa.

Anagrafica **definitiva**: alla fine di ogni annualità assicurativa.

Art. 11. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

11.1 Nuove assunzioni

Nel caso di nuova assunzione la garanzia decorrerà dalle ore 00 della data di comunicazione.

Se la comunicazione ha data successiva a quella di effettiva assunzione, risultante dai registri dell'Associato, ai fini dell'attivazione della garanzia farà fede quest'ultima.

Il ritardo di comunicazione non potrà comunque essere superiore a 30 giorni, oltre i quali l'Assicurazione decorrerà dalla data di effettiva comunicazione come sopra indicato, pena la perdita del diritto all'indennizzo.

Inclusioni nel primo semestre: è dovuto il 100% del premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

Inclusioni nel secondo semestre: è dovuto il 60% del premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

11.2 Inclusione di Familiari in corso d'anno

In caso di inclusione di familiari ad adesione facoltativa in corso d'anno la copertura decorre dalle ore 00 della data di comunicazione dell'inclusione a Intesa Sanpaolo RBM Salute.

11.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alle ore 00.00 della data di comunicazione dell'esclusione.

Le esclusioni in corso d'anno non danno luogo a rimborso del premio.

11.4 Regolazione premio

Oltre a quanto previsto all'art. 10.3 "Anagrafica":

- **alla scadenza dell'annualità assicurativa**, si consegna la regolazione contabile del premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il premio relativo alla regolazione deve essere versato entro 90 giorni dal ricevimento del documento.

Se aumentano i nuclei familiari assicurati, il Contraente deve pagare la rata di rinnovo aumentata in base allo stato del rischio comunicato.

11.5 Categorie assicurate

- personale tecnico-amministrativo a tempo determinato e indeterminato, collaboratori ed esperti linguistici, personale dirigente dell'Università degli Studi di Pavia e relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare a fronte del versamento di un premio aggiuntivo a carico del titolare.

non rientranti tra le categorie di cui all'art. 24 "Persone non assicurabili".

Devono aderire tutte le persone assicurabili appartenenti alla stessa categoria di lavoratori. Per i docenti l'adesione è volontaria.

Art. 12. 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. 13. Forma delle comunicazioni

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

Art. 14. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Informativa Privacy (allegato 2)

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.

Art. 15. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o 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, Intesa Sanpaolo RBM Salute consegna al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 16. Assicurazione per conto altrui

Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁷.

⁷ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.



Art. 17. 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 da Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Art. 18. Foro Competente

Il foro competente è quello di Pavia.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 19. Controversie: mediazione

Per controversie connesse al 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 competente⁸.

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. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

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

⁸ D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.

Sezione II

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 21. Descrizione delle prestazioni Assicurate

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

In caso di estensione della presente copertura al nucleo familiare i massimali rimangono ad Assicurato.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Ospedalizzazione domiciliare post ricovero

Intesa Sanpaolo RBM Salute, per un periodo di 90 gg successivo alla data di dimissioni, a seguito di un ricovero indennizzabile a termini di polizza, mette a disposizione tramite la propria rete convenzionata, servizi di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendente al recupero della funzionalità fisica. fino ad un massimale di 10.0000,00 euro.



Intesa Sanpaolo RBM Salute concorda il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle posizioni contenute nelle stesse.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 10.000,00 euro.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Scoperto 30% per sinistro.

2. Indennità sostitutiva da ricovero

In caso di ricovero in struttura pubblica o privata con o senza intervento chirurgico, Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga un'indennità di 150,00 euro per ogni giorno di ricovero non superiore a 90 giorni per ogni ricovero, per far fronte alle necessita legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità di cui sopra sarà elevata ad 250,00 euro per ogni giorno di ricovero nel caso di grande intervento chirurgico come da elenco Allegato 3.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.



B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. Alta Specializzazione

1.1 Prestazioni

Sono riconosciute le seguenti prestazioni:

- Angiografia
- chemioterapia e terapie radianti
- cobaltoterapia
- diagnostica radiologica
- dialisi, doppler
- ecografia
- ecocardiografia
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- endoscopia
- laserterapia a scopo fisioterapico
- radioterapia
- risonanza magnetica nucleare
- scintigrafia
- PET
- TAC
- Telecuore
- Artrografia
- Broncografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- clisma opaco
- colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
- colangiografia percutanea (PTC)
- colangiografia trans Kehr
- colecistografia
- dacriocistografia
- defecografia
- fistelografia
- flebografia
- fluorangiografia
- galattografia
- isterosalpingografia
- mielografia
- retinografia
- rx esofago con mezzo di contrasto
- rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- scialografia
- splenoportografia
- urografia
- vesciculodeferentografia
- videoangiografia
- wirsunggrafia



- elettroencefalogramma
- elettromiografia
- angio RMN
- dacriocistotac.

Si intende compresa in garanzia la biopsia effettuata a seguito di uno degli esami elencati al punto 1.1. Prestazioni.

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 50.000,00 euro per assicurato elevato a 60.000,00 per malattie oncologiche.

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto
- Regime rimborsuale: scoperto del 10% col minimo di 30,00 euro per ogni accertamento
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 50.000,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 245,00

Regime rimborsuale

Massimale € 50.000,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoperto 10% minimo € 30,00

Indennizzo € 215,00 (€ 245,00 - € 30,00, perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

2. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici



2.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese

- per visite specialistiche (escluse quelle odontoiatriche e ortodontiche)
- accertamenti diagnostici
- esami di laboratorio.

Nel caso in cui contestualmente alla visita specialistica venga effettuato un accertamento diagnostico si applicherà un unico scoperto/franchigia.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 50.000,00 euro per Assicurato.

In caso di accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio è previsto un sottolimito di 250,00 euro.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: **nessuno scoperto**
- Regime rimborsuale: **scoperto del 20% col minimo di 30,00 euro per visita o accertamento**
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 50.000,00

Costo visita specialistica ortopedica € 135,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 135,00

Regime rimborsuale

Massimale € 50.000,00

Richiesta di rimborso visita specialistica ortopedica € 135,00

Scoperto 20% minimo € 30,00

Indennizzo € 108,00 (€ 135,00 - € 30,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

3. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di malattia o infortunio

3.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici esclusivamente a fini riabilitativi a seguito di malattia o infortunio, sempreché siano prescritte da medici e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione.

La garanzia opera anche nei di trattamenti fisioterapici effettuati presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.



3.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: **1.000,00 euro per Assicurato.**

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: **nessuno scoperto**
- Regime rimborsuale: **scoperto del 20% con il minimo di 30,00 euro per ogni fattura**
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempio:

Regime rimborsuale

Massimale € 1.000,00

Richiesta di rimborso € 100,00

Scoperto 20% con il minimo di € 30,00

Indennizzo € 70,00 (€ 100,00 - € 30 perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

4. LENTI/OCCHIALI

4.1. Prestazioni

Sono indennizzate le spese per acquistare occhiali da vista (comprensivi di montature), lenti da vista anche a contatto a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista abilitato.



4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

- Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 200,00 euro per Assicurato.

Regimi di erogazione

- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Regime rimborsuale: nessuno scoperto

Esempio:

Regime rimborsuale

Massimale € 400,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 200,00 per esaurimento massimale.

5. Protesi ortopediche e acustiche



5.1. Prestazioni

Sono indennizzate le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e apparecchi acustici.

5.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 5.000,00 euro per Assicurato.

Regimi di erogazione

- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Regime rimborsuale: scoperto 20% minimo 30,00 euro.

Esempio:

Regime rimborsuale

Massimale €5.000,00

Richiesta di rimborso protesi ortopedica € 160,00

Scoperto 20% minimo € 30,00

Indennizzo € 128,00 (€ 164,57 - 20%)

C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Prestazioni

Possono essere rimborsate le spese per:

- terapie conservative e ortodonzia
- protesi denarie
- accertamenti diagnostici ortodontici (ortopantomografia, dentalscan, telecranio).



Una volta l'anno solo presso strutture convenzionate è previsto il pagamento integrale di:

- una visita specialistica
- una igiene orale professionale completa.

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro per Assicurato.

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto
- Regime rimborsuale: scoperto del 10% col minimo di 30,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 1.000,00

Costo per terapia conservativa € 170,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 170,00

Regime rimborsuale

Massimale € 1.000,00

Richiesta di rimborso per terapia conservativa € 170,00

Scoperto 10% minimo € 30,00

Indennizzo € 140,00 (€ 170,00 - € 30,00 perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile).

D) PREVENZIONE

1. Prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al pagamento diretto (senza anticipo da parte dell'Assicurato) delle prestazioni di prevenzione effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate, una volta l'anno per ciascun Assicurato.

Le prestazioni, rivolte unicamente agli assicurati con più di 18 anni, devono essere effettuate in un'unica soluzione⁹.



Elenco esami validi per tutti gli Assicurati:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- gamma GT
- glicemia
- trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT)
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- VES, urine (esame chimico, fisico e microscopico)
- feci (ricerca del sangue occulto).

Prestazioni previste per gli uomini:

- PSA (specifico antigene prostatico)
- ECG a riposo
- rx torace (per l'rx torace viene richiesta la prescrizione medica).

Prestazioni previste per le donne:

- pap test
- esame mammografico (per l'esame mammografico viene richiesta la prescrizione medica)
- ECG a riposo.

Prestazione prevista per gli uomini e per le donne una volta ogni due anni a partire dal compimento del cinquantacinquesimo anno d'età:

- ecocolordoppler venoso arti inferiori
- spirometria.

⁹ Con l'espressione "In un'unica soluzione" si intende che le prestazioni dovranno essere richieste unitariamente ed in un unico contesto temporale e potranno essere effettuate in giornate diverse sulla base delle disponibilità della struttura sanitaria e dell'Assicurato. È anche possibile richiedere esclusivamente una o più prestazioni presenti nel pacchetto prevenzione. Le prestazioni presenti nel pacchetto che non venissero richieste contestualmente non potranno più essere erogate nello stesso anno assicurativo.

E) ALTRE GARANZIE

1. Stati di non autosufficienza

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce il rimborso delle spese sanitarie o l'erogazione di servizi di assistenza quando l'Assicurato si trova in uno stato di non autosufficienza come indicato al successivo punto "Definizione dello stato di non autosufficienza temporaneo".

La garanzia si attiva solo nel caso di stato di non autosufficienza temporaneo.

Ai fini dell'operatività della presente garanzia, l'assicurato non deve rientrare in una delle seguenti condizioni di non assicurabilità al momento dell'inserimento nella polizza:

- avere bisogno dell'aiuto di un terzo per compiere uno o più degli atti seguenti: spostarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare.
- trovarsi nelle condizioni di poter usufruire di una pensione di invalidità o di poter richiedere una rendita per invalidità permanente che corrisponda a un livello di invalidità superiore al 25%
- presentare postumi di malattie o di incidenti precedenti, che limitino le capacità fisiche o mentali nella vita quotidiana o nella vita professionale
- essere affetto dalla malattia di Alzheimer, di Parkinson, dalla sclerosi a placche o da ipertensione non controllata (intendendosi per tale forme particolari di ipertensione che, nonostante l'assunzione di farmaci ipertensivi, mantengono valori di pressione particolarmente elevati sui quali non è possibile intervenire clinicamente).

Viene riconosciuto in stato di non autosufficienza temporaneo l'Assicurato che presenti la necessità dell'aiuto di un terzo per compiere almeno tre dei seguenti atti:

- spostarsi
- lavarsi
- vestirsi
- nutrirsi.

Intesa Sanpaolo RBM Salute corrisponde l'importo garantito quale somma assicurata per il periodo computato in giorni per i quali perdura lo stato di non autosufficienza temporaneo.

Il massimale mensile della garanzia, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate precedentemente, corrisponde a 5.000,00 euro per assicurato.

L'Assicurato deve dimostrare lo stato di non autosufficienza mediante presentazione di apposita certificazione medica specialistica.

2. Consulenza organizzativa socio-assistenziale

Intesa Sanpaolo RBM Salute fornisce una consulenza specialistica socio assistenziale all'Assicurato che dovesse trovarsi, a causa di malattia o a seguito di infortunio, avvenuto successivamente all'effetto del contratto, in uno stato di non autosufficienza, intendendo per tale lo stato in cui sia necessario l'aiuto di un terzo per compiere due o più dei seguenti atti ordinari della vita quotidiana, quali, spostarsi, lavarsi, vestirsi e nutrirsi.

In questi casi Intesa Sanpaolo RBM Salute mette a disposizione una Centrale operativa, alla quale l'Assicurato o un suo familiare potrà rivolgersi per sottoporre il proprio caso.

Intesa Sanpaolo RBM Salute, dopo aver effettuato una specifica valutazione sulla singola posizione e considerate le specifiche necessità, attraverso un'adeguata intervista telefonica direttamente effettuata dal proprio Case Manager:

- proporrà un Servizio di indirizzamento, ai servizi sanitari /sociali più opportuni per il non autosufficiente;
- darà informazioni sui servizi sanitari /sociali forniti dalle strutture socio assistenziali del territorio fornendo indicazioni sugli uffici deputati a svolgere queste mansioni;

- fornirà all'assicurato la "Guida Generale" contenente tutti i vari passaggi burocratici, amministrativi e normativi che regolamentano la posizione dei non autosufficienti e che devono essere attuati a tutela e presidio dell'assicurato in questa condizione.

Qualora, in seguito al servizio di consulenza organizzativa socio assistenziale si rendessero necessarie una o più prestazioni, l'Assicurato può richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione delle stesse (il cui costo resterà a carico dell'Assicurato) e l'invio alla struttura, prescelta tra quelle facenti parte della Rete, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione delle tariffe riservate agli assicurati di Intesa Sanpaolo RBM Salute con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

3. Consulto medico

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a garantire la possibilità di ottenere un video consulto al fine di poter dialogare a distanza con uno specialista convenzionato.

Viene garantito un confronto diretto con lo specialista per i casi in cui non sia necessario un contatto fisico, ad esempio per condividere i risultati di esami o referti, avere risposte a dubbi e domande sulle terapie, dialogare con il medico per eventuali approfondimenti.

Per poter usufruire della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare Intesa Sanpaolo RBM Salute, per richiedere la prenotazione del video consulto con professionisti specializzati, utilizzando il numero telefonico dedicato **800. 95.55.92**.

Al fine dell'attivazione è necessario fornire un indirizzo email al quale sarà inviato il link a cui è possibile collegarsi per il video consulto, utilizzando il proprio computer o un dispositivo mobile, smartphone o tablet. Durante il video consulto è consigliabile tenere a portata di mano i seguenti documenti da condividere con il medico:

- un documento di riconoscimento (carta d'identità, passaporto);
- i referti in formato elettronico di esami precedenti riferibili alla medesima prestazione
- l'eventuale prescrizione del medico curante relativa alla prestazione richiesta, se previsto dalla presente copertura assicurativa.

4. Teleconsulto medico per Covid-19

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a garantire la possibilità di ottenere un consulto telefonico in caso di sintomi sospetti legati al COVID 19 (es. febbre, tosse, problemi respiratori, ecc.)

Per poter usufruire della garanzia, l'Assicurato dovrà contattare Intesa Sanpaolo RBM Salute, utilizzando il numero telefonico dedicato **800. 95.55.92**.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a fornire uno specialista per una indagine telefonica volta a capire il livello di difficoltà e di urgenza, e comunicare all'Assicurato le dovute informazioni del caso.

5. Test sierologico per Covid-19

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce le spese sostenute per test sierologici per individuare la presenza di anticorpi al virus SARS CoV-2.

Non è necessaria la prescrizione medica.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

Massimale per Assicurato **100,00 euro**.

Regime di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto
- Regime rimborsuale; **scoperto 20% minimo 30,00 euro**

- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

6. Visita di controllo della crescita del bambino

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce, per i bambini fino al compimento del 12° anno di età, le spese sostenute per le visite di controllo della crescita con la seguente periodicità:

- 4 visite fino al compimento del primo anno di età;
- 2 visite fino al compimento del secondo anno di età;
- una visita ogni due anni dal compimento del secondo anno di età fino al compimento del dodicesimo anno di età.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

Illimitato.

Regime di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto
- Regime rimborsuale; scoperto 20% minimo 30,00 euro per ogni prestazione
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Art. 22. Estensioni di garanzia

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

CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 23. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto
- 2) la cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi i comportamenti nevrotici
- 3) le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici (salvo non siano esplicitamente previsti in polizza)
- 4) le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto)
- 5) i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio
- 6) gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzate alla fecondazione artificiale
- 7) i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza. Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento
- 8) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione dell'atomo, di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti
- 9) le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche
- 10) le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale

Art. 24. Persone non assicurabili

Non sono previsti limiti di età.

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 25. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

25.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo¹⁰.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione di Intesa Sanpaolo RBM Salute, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro 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

¹⁰ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

Regime rimborsuale

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; 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 rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita
- cure oncologiche, prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.

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 da Intesa Sanpaolo RBM Salute

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute 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 Intesa Sanpaolo RBM Salute
- 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:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - 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:
 - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - 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 Intesa Sanpaolo RBM Salute 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.

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.

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).

25.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

L'Assicurato deve preventivamente richiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione giustificativa necessaria, con un preavviso di almeno 48 ore lavorative prima dell'evento.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore lavorative di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, che precedono l'evento, la Centrale

Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'autorizzazione per ogni singola prestazione che deve eseguire (comprese le prestazioni odontoiatriche e terapie); non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Il rilascio dell'autorizzazione può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati: - **800. 95.55.92** da telefono fisso e da telefono cellulare (numero verde);
- **+ 0422.17.44.131** per chiamate dall'estero

Dati da fornire alla Centrale Operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite da Intesa Sanpaolo RBM Salute
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione
- prestazione da effettuare
- data della prestazione
- diagnosi o quesito diagnostico.

L'Assicurato potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocazione telefonica con la Centrale Operativa.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com o tramite App mobile.

Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

- **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:

- 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 e odontoiatrica) e per il test sierologico.

- **copia del tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up

- 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.
- 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)**. 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)**;
- **Per prestazioni odontoiatriche:** è necessario inviare il dettaglio delle prestazioni da eseguire.

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:

- da portale web o con l'app mobile
- per mail: assistenza.unipavia@previmedical.it

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmessa all'Assicurato **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare la stessa da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni di calendario rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assicurato dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 3 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

E' data l'opportunità agli Assicurati, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Intesa Sanpaolo RBM Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@rbmsalute.it.

b) Mancata attivazione della Centrale Operativa

Se l'Assicurato ha effettuato una prestazione presso una struttura sanitaria convenzionata senza prima attivare la Centrale operativa, può richiederne il rimborso a Intesa Sanpaolo RBM Salute solo se previsto dalla relativa garanzia e alle specifiche condizioni in essa stabilite (per esempio scoperti o franchigie). Al di fuori di tali casi, le spese per la prestazione eseguita restano ad esclusivo carico dell'Assicurato.

c) Dopo l'esecuzione della prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali prestazioni non contemplate dalla Condizioni di Assicurazione).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura convenzionata della fattura e della documentazione medica richiesta all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria.

d) Prenotazione

Ferma restando la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, la prenotazione delle prestazioni dovrà essere fatta:

- dalla Centrale Operativa in caso di Ricovero; la Centrale Operativa provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo e-mail o sms della prenotazione effettuata
- dall'Assicurato in caso di prestazioni diverse dal Ricovero.

25.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

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 fatturate 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 coerente con la diagnosi**.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, Intesa Sanpaolo RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

Entro 30 giorni solari dall'inserimento della richiesta Intesa Sanpaolo RBM Salute dovrà: evadere la richiesta effettuando il pagamento dell'importo da liquidare, respingere la pratica con obbligo di motivazione o sospendere la pratica richiedendo eventuale documentazione integrativa.

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.cassasalute.it sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo RBM Salute prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. 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

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.
3. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.**
4. **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹¹. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno assicurativo
5. **in caso di gravidanza a rischio:** certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
6. copia del **tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
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
8. **le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura**, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso.
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. 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);**
 - 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. **per gli stati di non autosufficienza** l'Assicurato deve dimostrare lo stato di non autosufficienza mediante presentazione di apposita certificazione medica specialistica e compilare l'apposito modulo di richiesta (Allegato 4).

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 PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

¹¹ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

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 (www.cassasalute.it - Gestisci la tua polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi – Area Riservata – sinistri)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che Intesa Sanpaolo RBM Salute considera equivalente all'originale. Intesa Sanpaolo RBM Salute 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.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta: se si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- Intesa Sanpaolo RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
 - restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
 - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

CAPITOLO 4 - DISPOSIZIONI VARIE

Art. 26. Clausola Broker

L'Associato e Intesa Sanpaolo RBM Salute si danno reciprocamente atto che ogni comunicazione inerente l'esecuzione della presente assicurazione avverrà per il tramite del Broker AON Milano, Via A. Ponti 8/10 c.a.p. 20143 salvo il pagamento dei premi che verrà effettuato direttamente dal Contraente alla Compagnia.

Pertanto, agli effetti delle condizioni della presente polizza, gli Assicuratori danno atto che ogni comunicazione fatta dall'Associato al Broker si intenderà come fatta alla Compagnia stessa e viceversa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker a Intesa Sanpaolo RBM Salute si intenderà come fatta dall'Associato stesso.

Sezione III

Capitolo 1 - ComfortSalute®



1) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

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

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso.

Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso
- predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso
- eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

2) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Sul sito internet

- **Area riservata – CDA. Visualizzare le CDA** (Area riservata – Condizioni di assicurazione, sezione "Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi", inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).

Web ([http: www.cassasalute.it](http://www.cassasalute.it))

- **Area riservata – Sinistri.** Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:
 - Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso ("Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi")
 - 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.

App mobile "Citrus"

Con l'app mobile "Citrus®", è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta.

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

Le Parti si danno reciprocamente atto che tutte le Condizioni del presente Contratto sono state oggetto di specifica trattativa e che pertanto non sono applicabili gli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

ALLEGATO 2: 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") E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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.intesasanpaolorbmsalute.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@intesasanpaolorbmsalute.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" del sito internet del Titolare e/o l'accesso direttamente tramite le App per dispositivi mobili (FeelUp e Citrus). 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.

previdenziale, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze dell'Ordine e altri soggetti pubblici

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:

- Previmedical S.p.A.;
- Società di mutuo soccorso;
- Compagnie di assicurazione e Broker;
- 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 cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;
- 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, INPDAI, 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@intesasnpaolorbmsalute.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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 269.000.000 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

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 22 gennaio 2021

Allegato 3

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

NEUROCHIRURGIA

1. Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale
2. Interventi di cranioplastica
3. Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale
4. Asportazione tumori dell'orbita
5. Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)
6. Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore
7. Interventi sul plesso brachiale

OCULISTICA

8. Interventi per neoplasie del globo oculare
9. Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

10. Asportazione di tumori maligni del cavo orale
11. Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugulotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)
12. Interventi demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
13. Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sfenoidale e mascellare
14. Ricostruzione della catena ossiculare
15. Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico
16. Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

CHIRURGIA DEL COLLO

17. Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilaterale
18. Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

19. Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
20. Interventi per fistole bronchiali
21. Interventi per echinococchi polmonare
22. Pneumectomia totale o parziale
23. Interventi per cisti o tumori del mediastino

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

24. Interventi sul cuore per via toracotomica
25. Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
26. Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
27. Endarterectomia della arteria carotide e della arteria vertebrale
28. Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
29. Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
30. Asportazione di tumore glomico carotideo

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

31. Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
32. Interventi con esofagoplastica
33. Intervento per mega-esofago
34. Resezione gastrica totale
35. Resezione gastro-digiunale
36. Intervento per fistola gastro-digiunocolica
37. Colectomie totali, emicolectomie e resezioni rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)

38. Interventi di amputazione del retto-ano
39. Interventi per megacolon per via anteriore o addomino-perineale
40. Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
41. Drenaggio di ascesso epatico
42. Interventi per echinococcosi epatica
43. Resezioni epatiche
44. Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
45. Interventi chirurgici per ipertensione portale
46. Interventi per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
47. Interventi per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
48. Interventi per neoplasie pancreatiche

UROLOGIA

49. Nefroureterectomia radicale
50. Surrenalectomia
51. Interventi di cistectomia totale
52. Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
53. Cistoprostatovesicolectomia
54. Interventi di prostatectomia radicale per via perineale, retropubica o trans-sacrale
55. Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

56. Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
57. Vulvectomy radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica
58. Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

59. Interventi per costola cervicale
60. Interventi di stabilizzazione vertebrale
61. Interventi di resezione di corpi vertebrali
62. Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
63. Interventi demolitivi per asportazione di tumori ossei
64. Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio

CHIRURGIA PEDIATRICA (gli interventi sotto elencati sono in garanzia solo in caso di neonati assicurati dal momento della nascita)

65. Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
66. Correzione chirurgica di atresie e/o fistole congenite
67. Correzione chirurgica di megauretere congenito
68. Correzione chirurgica di megacolon congenito

TRAPIANTI DI ORGANO

69. Tutti

Allegato 4
DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Tel _____ Cell (*) _____ E-mail _____
Azienda di appartenenza _____

(*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio “SEGUI LA TUA PRATICA”, attraverso l’invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare autorizzi l’invio di sms di promemoria e scadenze delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

DATI ANAGRAFICI DEL TUTORE/PROCURATORE (SE NOMINATO)

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Residente a _____ Provincia _____
Cap _____ in Via/Piazza _____ n° _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____ @ _____

Chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza

A tal proposito allega alla presente duplice copia di:

- fotocopia di un documento di identità valido e codice fiscale (sia dell’Assicurato/a sia dell’eventuale Legale Rappresentante/Tutore/Amm.re di sostegno); ;
- certificato che attesti la perdita di autosufficienza, redatto dal medico curante o dal Medico ospedaliero (solo in caso di prolungato ricovero), su apposito modello fornito dalla società (Modello 1);
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante che esponga l’insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell’Assicurato/a, l’origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell’affezione o delle affezioni, su apposito modello fornito dalla società (Modello 2);
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell’autosufficienza;
- eventuale verbale di riconoscimento dell’Invalidità Civile rilasciato dalla Commissione della ASL di appartenenza;
- eventuale verbale della competente Autorità giunta sul luogo (nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia

stato causato da evento accidentale);

- eventuale documentazione comprovante lo status di tutore/procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale) corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale).

Coordinate bancarie su cui effettuare il pagamento della prestazione assicurata (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle comunicate in fase di adesione)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN

Luogo e data della richiesta

Firma dell'Assistito o del Tutore/ Procuratore (se nominato)

Il sottoscritto dichiara di assumersi ogni responsabilità in merito alla veridicità, completezza precisione delle informazioni fornite, anche se scritte da altri, necessarie all'accertamento del suo stato di non autosufficienza e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in relazione alle dichiarazioni rese.

Il sottoscritto, infine, dichiara di aver già prestato il consenso al trattamento dei suoi dati personali, anche sensibili, a Intesa Sanpaolo RBM Salute e di ogni altro soggetto da questa incaricato, per la gestione dei flussi operativi necessari per evadere la presente richiesta di assistenza per *long term care*.

Luogo e data

Firma dell'Assistito o del Tutore/ Procuratore (se nominato)

Si ricorda inoltre che:

- dalla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il *periodo di accertamento* che, in ogni caso, non può superare i 3 mesi;
- la Compagnia si riserva di richiedere all'Assistito informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie;
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione l'Assistito dovrà produrre, in 2 periodi prestabiliti nel corso dell'annualità assicurativa, certificato di esistenza in vita;
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, la Compagnia si riserva di richiedere all'Assistito, con cadenza annuale, accertamenti medici che attestino la permanenza di non autosufficienza.

**CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
(Modello 1)**

Dott. _____

N.B. – Il presente modulo deve essere stampato ovvero scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande debbono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Cognome e Nome dell'Assistito: _____
 nato/a _____ il _____
 residente a _____ in via _____ prov. _____
 cap _____ telefono _____ età (anni) _____

DOMANDE	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'Assistito? b. Da quando?	1. a. b.
2. a. A quando risale l'ultima visita all'affiliato/ Beneficiario? b. Quale ne era la causa?	2. a. b.
3. E' parente dell'Assistito? Se sì, di quale grado?	3.
4. a. L'Assistito ha sofferto in passato di malattie o disturbi clinicamente rilevanti? Se sì, quando? b. Quale ne fu la durata e la terapia praticata? c. Sono residuati postumi?	4. a. b. c.
5. a. L'Assistito è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	5. a. b.
6. a. E'a Sua conoscenza che l'Assistito abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	6. a. b.
7. a. Ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni clinicamente rilevanti?	7. a. b. c.
8. Sono residuati sintomi o deficit funzionali?	8.
9. a. L'Assistito ha seguito una terapia che comporta assunzione di farmaci? Se sì, che tipo di farmaci? b. Ne fa ancora uso?	9. a. b.



10. L'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	10.
11. L'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	11.
12. L'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?	12.
13. L'Assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	13.
14. L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	14.
15. L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	15.
16. L' Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3): (1) andare al bagno? (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno?	16..... (1)..... (2)..... (3).....
17. L' Assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	17.
18. L' Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	18.
19. L'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	19.
20. L' Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	20.
21. L' Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	21.



22. L' Assistito è completamente continente?	22.
23. L' Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	23.
24. L' Assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se si, quali?	24.
25. L' Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	25.
26. L' Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: <input type="checkbox"/> Sminuzzare/tagliare il cibo; <input type="checkbox"/> Sbucciare la frutta; <input type="checkbox"/> Aprire un contenitore/una scatola; <input type="checkbox"/> Versare bevande nel bicchiere.	26. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. L' Assistito non è in grado di bere autonomamente dai bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	27.
28. L' Assistito vive da solo?	28.
29. L' Assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	29.
30. Dove vive l'Assistito (appartamento, casa, ecc.) ? A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?	30.
31. L' Assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	31.
32. Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, ricordi)? a. Esito Test Memoria Recente b. Esito Test Stato Mentale	32. a. b.

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che il Sig/Sig.ra si trova in stato di non autosufficienza.
 Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Luogo e data _____

Il Medico Curante
(Firma e timbro)

(DOMICILIO)



**RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
(Modello 2)**

Nome e Cognome del Medico Curante _____

Nome e Cognome dell'Assistito _____

N.B. - La presente relazione dovrà essere corredata da tutta la documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza.

Qualora la perdita di autosufficienza sia stata causata da infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale, incidente sul lavoro, accidenti non sul lavoro, ecc.) dovrà essere prodotta, in aggiunta a quanto sopra richiesto, idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, ritagli di giornale, referti medico legali, ecc.).

E' Lei il Medico abituale dell'Assistito? _____

Da quale epoca? _____

E' parente dell'Assistito? Se si, di quale grado? _____

Quando ha cominciato a curare l'Assistito? Per quali malattie? A quali cure lo ha sottoposto?

Quali altri medici lo hanno visitato e a quali cure lo hanno sottoposto?

Quale è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? Quando si è verificato?

Quale è stata la sintomatologia all'inizio della malattia e quale il suo decorso?



Quali esami sono stati eseguiti durante il decorso? (Indicare le date, le visite specialistiche, gli esiti degli accertamenti strumentali e di laboratorio ed i risultati diagnostici ottenuti):

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Casa di Cura):

Durante questi ricoveri quali esami sono stati eseguiti? Con quale risultato?

Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?

Luogo e data _____

Il Medico Curante

(Firma e timbro)

(DOMICILIO)

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 € 269.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F. e n. Iscrizione Registro Imprese di Treviso-Belluno 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).