

NOMENCLATORE DEL

PIANO SANITARIO

CASSA DE LELLIS

Cassa di Assistenza Sanitaria

PIANO SANITARIO

#SempreinSalute – Copertura completa

CASSA DE LELLIS

Cassa di Assistenza Sanitaria, via Stoppani, 6 – 20129 Milano - P.IVA 97232690152

PREMESSA

Il presente documento contiene la descrizione dettagliata delle prestazioni riconosciute dal Piano sanitario erogato dalla Cassa De Lellis e la relativa disciplina (quale, a titolo esemplificativo, condizioni e ambito di operatività, decorrenza, contribuzioni, esclusioni/limitazioni e modalità di erogazione delle prestazioni).

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante e sostanziale del presente documento.

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

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

Assistito o Beneficiario delle prestazioni: i beneficiari del Piano sanitario erogato dalla Cassa De Lellis. Tutti gli Assistiti devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

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.

Chirurgia bariatrica: detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

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

Contributo: la somma che l'Associato deve versare alla Cassa di assistenza sanitaria.

Day Hospital/Day Surgery: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Si considera Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

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

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

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

Indennizzo: la prestazione che la Cassa di assistenza sanitaria riconosce all'Assistito in caso di prestazione prevista dal presente Piano sanitario. Tale prestazione consiste nel rimborso delle spese sostenute dall'Assistito per le prestazioni previste dal presente Piano sanitario.

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

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

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

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.

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).

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

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

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

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno di durata del Piano sanitario 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.

Modulo di adesione al Piano sanitario: modulo consegnato all'Associato al momento dell'adesione al Piano sanitario.

Nomenclatore: il presente documento.

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

Nucleo familiare: Il titolare, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale). Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi e i minori in affido, purché fiscalmente a carico.

Parti: l'Associato e la Cassa di assistenza sanitaria "Carlo De Lellis".

Piano sanitario: complesso delle prestazioni che Cassa De Lellis si impegna ad erogare all'Assistito a fronte del pagamento del relativo Contributo da parte dell'Associato.

Polizza: convenzione assicurativa collettiva stipulata tra Cassa De Lellis e Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. che prevede l'erogazione delle prestazioni previste nel presente Piano sanitario.

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

- 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 si prevede il Rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal presente Piano sanitario.

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

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

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

Rimborso: la somma dovuta in caso di Sinistro coperto dal presente Piano sanitario, a fronte di spese sostenute dall'Assistito e previste dal Nomenclatore.

Sinistro: evento dannoso cui si riferiscono le prestazioni previste dal Piano sanitario.

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

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e dell'Associato (es. email).

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

Titolare: la persona fisica che, sottoscrivendo un piano sanitario con Cassa De Lellis, acquisisce lo stato di Assicurato nell'ambito della Polizza. Se, in sede di sottoscrizione del piano, il Titolare decide di estenderne gli effetti ai componenti del suo Nucleo familiare, anch'essi acquisiscono lo stato di Assicurati nell'ambito della Polizza.

CAPITOLO 1 - CONDIZIONI DEL PIANO SANITARIO

Art. 1. Oggetto delle prestazioni riconosciute dal Piano sanitario

La Cassa riconosce le spese sostenute dall'Assistito, riconducibili a Malattia o Infortunio con riferimento alle prestazioni rientranti nel presente Piano sanitario.

Massimali, limiti, esclusioni e condizioni specifiche sono dettagliati in questo Nomenclatore, nella spiegazione delle singole prestazioni e nell'allegato 1 "Scheda riassuntiva".

Art. 2. Modalità di erogazione delle prestazioni

L'erogazione delle prestazioni previste dal Piano sanitario e dettagliate nel presente documento è resa possibile e garantita da una convenzione assicurativa/polizza collettiva stipulata dalla Cassa di assistenza sanitaria con la Compagnia.

Con l'adesione al Piano sanitario, ciascun Assistito acquisisce lo status di "Assicurato" rispetto a tale Polizza, ricevendo quindi le corrispondenti prestazioni direttamente dalla Compagnia, secondo quanto previsto dalle relative condizioni di assicurazione.

L'Assistito è quindi consapevole del fatto che la Cassa di assistenza sanitaria potrà opporre tutte le eccezioni e le limitazioni opponibili dalla Compagnia nell'esecuzione della Polizza.

Art. 3. Carenza contrattuale

Se la polizza è stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza stipulata con Intesa Sanpaolo RBM Salute per lo stesso rischio e per lo stesso Assicurato, prevedendo le stesse garanzie, i giorni di carenza operano:

- dal giorno in cui ha avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

I giorni di carenza sopra indicati operano anche in caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto. In caso di mancato pagamento di una rata di premio entro i termini previsti, saranno applicati nuovamente i termini di carenza previsti in polizza.

Le prestazioni diventano effettivamente operanti:

- dal momento di decorrenza della copertura per le prestazioni da infortunio e per l'aborto terapeutico o spontaneo (soltanto se la gravidanza è iniziata successivamente alla data di effetto della copertura)
- dal 30° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per le prestazioni ospedaliere conseguenti a malattia
- dal 60° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per le prestazioni extraospedaliere
- dal 300° giorno successivo alla decorrenza della copertura, per il parto e le malattie derivanti da gravidanza o puerperio.

Esempio:

a) Assicurazione stipulata il 01/01/2022:

l'Assicurato che ha subito un intervento chirurgico in data 15/01/2022 non ha diritto ad alcun rimborso per la sussistenza di un periodo di carenza di 30 giorni;

b) Assicurazione stipulata il 01/01/2022

l'Assicurato che ha subito un intervento chirurgico in data 15/02/2022 ha diritto al rimborso entro i termini di polizza.

I periodi di carenza non sono applicati agli Assicurati che avevano precedentemente aderito ad altre Coperture sanitarie in continuità di copertura con altro Ente o Compagnia assicurativa, ferme restando le stesse garanzie.

In questo caso, al momento del sinistro, deve essere fornita copia del contratto precedente; diversamente, si applicano le carenze sopra descritte.

I periodi di carenza operano in caso di inclusione di nuovi Assicurati.

Art. 4. Decorrenza del Piano sanitario – Pagamento del Contributo – Tacito rinnovo e disdetta

4.1 Decorrenza

Salvo quanto stabilito dall'art. 3 "Carenza contrattuale", il Piano sanitario ha effetto:

- dalle ore 00:00 del primo giorno del mese successivo a quello di sottoscrizione del Piano Sanitario se il Contributo o la prima rata di Contributo sono stati pagati dall'Aderente;
- dalla nascita, per i figli legittimi, purché la comunicazione alla Società venga effettuata entro 30 giorni dalla nascita e purché il piano sia già attivo e corrisposto il Contributo per Nucleo familiare.

La scadenza dell'adesione al Piano Sanitario è al 31/12.

4.2 Contributo

Il Contributo è sempre determinato per periodi di durata del Piano sanitario di un anno.

Posto che la scadenza del Piano sanitario è prevista al 31/12, il pagamento del Contributo solo per il primo anno è determinato proporzionalmente per ogni trimestre di copertura.

L'ammontare del Contributo varia a seconda della scelta effettuata dal Titolare in merito alle opzioni e ai soggetti da inserire nel Piano sanitario (il solo Titolare oppure anche il suo Nucleo familiare).

Pur essendo annuo e indivisibile, il Contributo deve essere versato in anticipo o in alternativa in rate trimestrali, come riportato sul Modulo di adesione al Piano sanitario.

È versato dall'Associato alla Cassa con addebito su c/c.

I contributi annui sono i seguenti:

Contributo per singolo Associato (escluse le prestazioni odontoiatriche): **834,00 euro**

Contributo per singolo Associato (incluse le prestazioni odontoiatriche): **1.080,00 euro**

Contributo per Nucleo familiare (escluse le prestazioni odontoiatriche): **1.550,00 euro**

Contributo per Nucleo familiare (incluse le prestazioni odontoiatriche): **1.802,00 euro**

4.3 Tacito rinnovo e disdetta

La durata del Piano Sanitario è automaticamente prorogata di un anno e così per le successive scadenze, salvo il caso in cui:

- una delle Parti non dia disdetta al Piano sanitario mediante raccomandata o PEC entro 30 giorni dalla scadenza originaria o prorogata; l'Associato dovrà inviare una raccomandata all'indirizzo Via Stoppani n. 6, 20129 Milano (MI) o una PEC all'indirizzo cassadelellis@pec.it
- non sia rinnovata la Polizza

In questi i casi, il Piano Sanitario cessa alle ore 24:00 dell'ultimo giorno della sua durata annuale originaria.

La disdetta al Piano sanitario comporta altresì il venir meno all'adesione della copertura.

Art. 5. Dati anagrafici

L'Associato in fase di adesione al Piano Sanitario comunica alla Cassa di assistenza sanitaria i suoi dati anagrafici per poter procedere alla sottoscrizione.

Art. 6. Variazione dei Beneficiari delle prestazioni – Regolazione del Contributo

6.1 Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione in corso d'anno è consentita solo per i neonati, se corrisposto il Contributo per il Nucleo familiare.

Tali inclusioni devono essere comunicate **entro 30 giorni** dalla nascita. La copertura opera dalla data della nascita. Se la comunicazione avviene oltre i 30 giorni dalla nascita, la decorrenza è prevista a partire dall'01.01 dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la comunicazione.

L'inclusione di altri familiari in un momento successivo alla decorrenza del presente Piano Sanitario non è consentita in corso d'anno. Nel caso di variazione della composizione del nucleo familiare (es. matrimonio), il Titolare che voglia estendere la copertura al familiare ne comunica il nominativo alla Cassa di assistenza sanitaria entro il termine previsto per la disdetta, ovvero prima dei 60 giorni dalla scadenza della copertura. La Cassa successivamente comunica i nominativi alla Compagnia e la copertura opera nei loro confronti dal 01.01 dell'annualità successiva all'anno in cui è avvenuta la comunicazione.

6.2 Esclusioni di Assistiti in corso d'anno

Il Piano Sanitario opera fino alla prima scadenza utile.

6.3 Categorie beneficiarie del Piano sanitario

Assumono la qualifica di Beneficiari delle prestazioni le persone fisiche associate a Cassa De Lellis e relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare a fronte del versamento di un Contributo aggiuntivo. I figli di titolari dello stesso Piano Sanitario coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti solo nel nucleo di uno dei due coniugi o conviventi.

Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono titolari del Piano, non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge o convivente.

L'adesione è assolutamente libera e si perfeziona su base volontaria.

Art. 7. Estensione Territoriale

Il Piano sanitario vale in tutto il mondo.

Art. 8. Obblighi di consegna dei documenti da parte della Cassa Sanitaria all'Assistito

La Cassa di assistenza sanitaria deve consegnare all'Assistito:

- a) il Nomenclatore delle prestazioni
- b) l'informativa privacy allegata al presente documento (allegato privacy)

Art. 9 Altre assicurazioni/coperture

L'Assistito deve comunicare a Cassa De Lellis e a Intesa Sanpaolo RBM Salute se ha stipulato o stipula altre coperture per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, Intesa Sanpaolo RBM Salute non è tenuta a pagare l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assistito deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri², anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento³.

Art. 10 Servizi "Segui la tua pratica" e "Home Insurance"

10.1 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'Assistito deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. Attivando il servizio, l'Assistito riceve una notifica a seguito di:

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

10.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assistito 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 <https://webab.intranet.previmedical.it/arena-rbmsalute/>

Area riservata – Sinistri. Con le credenziali di accesso, l'Assistito 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.

² Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

³ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

CAPITOLO 2 – PRESTAZIONI DEL PIANO SANITARIO

Art. 11 Descrizione delle prestazioni del Piano Sanitario

Si riportano di seguito le prestazioni previste dal presente Piano sanitario.

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

È prevista la possibilità di includere all'interno del presente Piano sanitario le prestazioni odontoiatriche di cui all'art.5.14 a fronte del versamento di un contributo aggiuntivo

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni

1.1 Ricovero con e senza Intervento chirurgico in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale

Prima del Ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 90 giorni prima del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, purché pertinenti alla Malattia/Infortunio che ha reso necessario il Ricovero o l'Intervento chirurgico ed effettuati nel corso della vigenza contrattuale.

Si precisa che le prestazioni sopra riportate rientrano in copertura solamente se la relativa prescrizione medica ne disponga l'esecuzione in vista di un ricovero programmato o di un intervento chirurgico programmato.

Durante il Ricovero

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, endoprotesici, terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- spese per materiale protesico e presidi terapeutici: scoperto del 30%
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, nonché Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Dopo il Ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali prescritti in fase di dimissione ospedaliera o dal medico di base (comunque per un periodo pari a massimo la durata dei giorni post ricovero indennizzati ai sensi della presente copertura assicurativa), prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche, prestazioni per recuperare la salute quali Trattamenti fisioterapici e riabilitativi, cure termali (escluse le spese

alberghiere), effettuati entro 90 giorni dopo il Ricovero o l'Intervento chirurgico, purché pertinenti alla Malattia o Infortunio che ha reso necessario il Ricovero o l'Intervento chirurgico ed effettuati nel corso della vigenza contrattuale

In caso di presenza contemporanea:

- delle "Prestazioni fisioterapiche non collegabili al ricovero"
 - dei Trattamenti fisioterapici e riabilitativi sopra riportati e effettuati a seguito del ricovero come descritti nella sezione "dopo il ricovero",
- si precisa che decorso il termine indicato nella sezione "dopo il ricovero", gli eventuali ulteriori Trattamenti fisioterapici e riabilitativi che dovessero rendersi necessari a seguito del ricovero non possono essere effettuati utilizzando la garanzia "Prestazioni fisioterapiche non collegabili al ricovero", in quanto quest'ultima operante a seguito di evento non collegato allo stesso.

Esempio

Decorrenza della copertura assicurativa: 01/01/2022

Spese dopo il ricovero: 180 giorni dopo il ricovero o l'intervento chirurgico

Intervento chirurgico effettuato il 4/02/2022

Spese dopo il ricovero effettuate fino al 3/08/2022

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi effettuati a seguito del ricovero il 5/06/2022: coperti dalla presente garanzia

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi effettuati a seguito del ricovero il 10/09/2022: non in copertura

Chirurgia Refrattiva

Sono riconosciute le spese solo per gli interventi:

- a) in caso di anisometropia superiore a 3 diottrie (presente prima della correzione laser di uno degli occhi)
- b) in caso di deficit visivo pari o superiore a 5 diottrie per ciascun occhio.

1.2 Degenza in regime di Day Hospital

Durante la degenza

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "durante il Ricovero". Sono esclusi i Trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Prima e dopo la degenza (solo in caso di Intervento chirurgico)

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche sostenuti entro 90 giorni prima e 90 giorni dopo la degenza, purché pertinenti alla Malattia/Infortunio che ha reso necessaria la stessa.

1.3 Parto naturale, Parto cesareo ed aborto terapeutico

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "prima del Ricovero", "durante il Ricovero" e "dopo il Ricovero", entro i relativi sub-Massimali.

Parto cesareo: le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocoele, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti del sub-Massimale specifico per il Parto cesareo.

1.4 Spese dell'accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato che sia ricoverato presso un Istituto di Cura per ricevere una prestazione sanitaria prevista dal Contratto: vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera se non c'è disponibilità nell'Istituto, documentati (fatture, notule, ricevute). Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

La presente garanzia è operante solo nel caso in cui il ricovero dell'Assicurato comporti almeno un pernottamento.

Le spese dell'accompagnatore sono riconosciute soltanto per i giorni in cui è avvenuto il ricovero dell'Assicurato e, con riferimento alla struttura alberghiera, solo se questa si trova in una zona distante non più di 30 km dall'Istituto di cura, in caso di mancata disponibilità da parte dell'Istituto di Cura.

Limite: 50,00 euro al giorno per 80 giorni.

1.5 Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per essere ricoverato ai sensi di polizza, e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.

La scelta del mezzo per il trasporto spetta alla Compagnia, in base alle condizioni del paziente, in base a quanto rappresentato nella documentazione medica allegata e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

Sub-massimale: 1.000,00 euro.

1.6 Indennità sostitutiva

Nel caso in cui le spese sanitarie per un Ricovero oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale o interamente rimborsate in forza di polizza stipulata presso altra Compagnia di Assicurazione, l'Assicurato ha il diritto a richiedere alla Compagnia l'erogazione di una Indennità che, sebbene calcolata sul numero di giorni di Ricovero, è volta a supportarlo nel percorso di recupero della salute. Tale percorso inizia con il rientro dell'Assicurato a domicilio, ed è pertanto da tale momento che il diritto all'indennità matura. L'eventuale decesso dell'Assicurato avvenuto prima del rientro a domicilio non consente pertanto l'erogazione di tale indennità ai suoi eredi. L'importo dell'Indennità è di 80,00 euro per ciascun giorno di Ricovero fino a 100 giorni.

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

L'Assicurato legittimato a ottenere l'Indennità sostitutiva mantiene comunque il diritto a chiedere il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni descritte al punto 1.1 nei paragrafi "Prima del Ricovero", "Dopo il Ricovero" e punto 1.4 "Spese dell'accompagnatore", sostenute nei giorni prima e dopo il Ricovero.

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

1.7 Cartella clinica

In caso di ricovero, con o senza intervento chirurgico, qualora ai fini della liquidazione del sinistro venga richiesta da Intesa Sanpaolo RBM Salute la produzione della copia conforme all'originale della cartella clinica, attestante il ricovero e/o l'intervento, viene riconosciuto il rimborso delle spese sostenute per la produzione del documento, purché opportunamente documentate.

Tale garanzia è prevista nel limite di 100,00 euro per evento.

2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

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

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

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

La garanzia opera anche se:

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

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

3. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 150.000,00 euro a Nucleo.

Sub-Massimali annui a nucleo per

- Day hospital/surgery: 3.000,00 euro
- Pre/post ricovero con o senza intervento da infortunio o malattia: 1.000,00 euro
- Intervento ambulatoriale: 1.000,00 euro
- Parto naturale: 1.500,00 euro
- Parto cesareo (ed eventuali interventi concomitanti), aborto terapeutico: 3.000,00 euro
- Chirurgia refrattiva: 1.200,00 euro
- Spese per l'accompagnatore: 50,00 euro al giorno per massimo 80 giorni
- Trasporto sanitario: 1.000,00 euro
- Fisioterapia pre/post ricovero da infortunio o malattia: 1.300,00 euro
- Indennità sostitutiva: 80,00 euro al giorno per massimo 100 giorni
- Retta di degenza: 250,00 euro
- Cartella clinica: 100,00 euro
- Interventi ricostruttivi: 5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato.

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Franchigia 300,00 euro per Sinistro
- Regime rimborsuale: Scoperto del 30% col minimo non indennizzabile di 1.000,00 euro per Sinistro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

4. Limiti di spesa pre e post Ricovero

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

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 150.000,00

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Franchigia € 300,00

Prestazione autorizzata € 14.298,00, di cui 13.998,00 a carico della Compagnia e € 300,00 a carica dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 150.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 30% minimo € 1.000,00

Indennizzo € 10.008,60 (€ 14.298,00 - 30%, perché lo scoperto del 30% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA DIAGNOSTICA

1.1 Alta Diagnostica

- diagnostica radiologica con mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.);
- risonanza magnetica nucleare
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- medicina Nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- coronarografia
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.)
- elettrocardiogramma sotto sforzo
- ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- esami Endoscopici (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Broncoscopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) compresa eventuale biopsia
- esami Istologici
- amniocentesi e Villocentesi (solo in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta o per gestante oltre i 35 anni).

1.2 Diagnostica Strumentale Standard

- diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- elettrocardiografia, ECG Holter, Monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- elettroencefalografia
- elettromiografia
- uroflussometria
- M.O.C. (densitometria ossea).

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 2.500 euro a Nucleo.

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Franchigia di 35,00 euro per Sinistro
- Regime rimborsuale: Scoperto del 20% col minimo non indennizzabile di 70,00 euro per Sinistro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 2.500,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Franchigia € 35,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 210,00 a carico della Compagnia e € 35,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00

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

Scoperto 20% minimo € 70,00

Indennizzo € 175,00 (€ 245,00- € 70,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

2. VISITE SPECIALISTICHE

2.1 Prestazioni

Sono riconosciute queste spese, escluse le prestazioni del punto 1:

- visite specialistiche (escluse odontoiatriche, psichiatriche, ortodontiche e pediatriche)
- assistenza infermieristica a domicilio.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.500,00 euro a Nucleo.

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Franchigia di 25,00 euro per Sinistro
- Regime rimborsuale: Scoperto del 20% col minimo non indennizzabile di 40,00 euro per Sinistro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.500,00

Costo della visita specialistica € 65,00

Franchigia € 25,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 40,00 a carico della Compagnia e € 25,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00

Richiesta di rimborso per la visita specialistica € 65,00

Scoperto 20% minimo € 40,00

Indennizzo € 25,00 (€ 65,00 - 20%, perché lo scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

3. ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

3.1 Prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per accertamenti diagnostici (non ricompresi all'interno della garanzia "Alta Diagnostica") a seguito di malattia e/o infortunio.

3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

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

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Franchigia di 25,00 euro per Sinistro
- Regime rimborsuale: Scoperto del 20% col minimo non indennizzabile di 40,00 euro per Sinistro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.000,00

Costo dell'accertamento diagnostico € 65,00

Franchigia € 25,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 40,00 a carico della Compagnia e € 25,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.000,00

Richiesta di rimborso per l'accertamento diagnostico € 65,00

Scoperto 20% minimo € 40,00

Indennizzo € 25,00 (€ 65,00 - 20%, perché lo scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

4. ANALISI DI LABORATORIO

4.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese per analisi di laboratorio a seguito di malattia e/o infortunio.

4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

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

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Franchigia di 25,00 euro per Sinistro
- Regime rimborsuale: Scoperto del 20% col minimo non indennizzabile di 40,00 euro per Sinistro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.000,00

Costo dell'analisi € 65,00

Franchigia € 25,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 40,00 a carico della Compagnia e € 25,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.000,00

Richiesta di rimborso per le analisi € 65,00

Scoperto 20% minimo € 40,00

Indennizzo € 25,00 (€ 65,00 - 20%, perché lo scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

5. LENTI/OCCHIALI

5.1 Prestazioni

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

È necessario presentare alla Compagnia la dichiarazione di conformità rilasciato dall'ottico⁴.

La richiesta di Rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno.

Ai fini dell'operatività della presente copertura assicurativa si precisa che la data di certificazione inerente la modifica del visus deve essere:

- successiva all'ingresso in copertura dell'assicurato
- anteriore di massimo 12 mesi rispetto alla data di acquisto degli occhiali/lenti a contatto (acquisto che, per essere indennizzabile, deve anch'esso essere avvenuto in vigenza di copertura).

5.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 300,00 euro a Nucleo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Franchigia di 50,00 euro per Sinistro
- Regime rimborsuale: Franchigia di 50,00 euro per Sinistro

⁴ D.Lgs 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 300,00

Costo delle lenti progressive € 300,00

Franchigia € 50,00

Prestazione autorizzata € 300,00 di cui € 250,00 a carico della Compagnia e € 50,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 300,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 300,00

Franchigia € 50,00

Indennizzo € 250,00 (€ 300,00 - € 50,00)

6. PROTESI

6.1 Prestazioni

Sono indennizzate le spese per l'acquisto o noleggio di Protesi (ortopediche e/o acustiche), presidi e/o ausili sanitari.

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

6.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

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

Regimi di erogazione

Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Regime rimborsuale: scoperto del 20%

Esempio:

Regime rimborsuale

Massimale € 1.000,00

Richiesta di rimborso per l'acquisto di protesi € 500,00

Scoperto 20%

Indennizzo € 400,00 (€ 500,00 - 20%)

7. PACCHETTO MATERNITA'

7.1 Prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese relative a una o più delle seguenti prestazioni sostenute dagli Assicurati per:

- Accertamenti diagnostici (una o più delle seguenti prestazioni):
 - o ecografie effettuate in gravidanza
 - o translucenza nucale
 - o ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.
- analisi di laboratorio (una o più delle seguenti prestazioni):
 - o esami ematochimici
 - o analisi microbiologiche
 - o ogni altro tipo di analisi di laboratorio finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.

Sono esclusi i test genetici prenatali.

7.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

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

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale: Nessuno scoperto/franchigia
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE NON RICOLLEGABILI AL RICOVERO

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

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



1. Prestazioni

Sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi per recuperare la salute.

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

Non rientrano in copertura, e quindi non sono oggetto di Indennizzo, le prestazioni:

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

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.000,00 euro a Nucleo.
Sub-massimale: 35,00 euro per Sinistro.

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: Nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale: Nessuno scoperto/franchigia
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%

D) PREVENZIONE

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce le spese per l'erogazione delle seguenti prestazioni, effettuate esclusivamente in forma diretta nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno e in un'unica soluzione.

1. Prestazioni

Prestazioni previste per uomini e donne

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

a) Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

b) Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

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

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimale annuo

Illimitato

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Non previsti.

E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Cure odontoiatriche

1.1 Prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per prestazioni odontoiatriche a seguito di malattia e/o infortunio.

Possono essere rimborsate le spese per:

- Prestazioni dentarie (parodontologia, conservativa, endodonzia, gnatologia)
- Avulsione (estrazione denti)
- Emergenza odontoiatrica

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per prestazioni dentarie d'emergenza, **massimo una volta l'anno**, a seguito di malattia e/o infortunio.

- Ortodonzia

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per prestazioni di ortodonzia (cure e/o apparecchi).

- Prestazioni di Implantologia

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per prestazioni per impianti osteointegrati e le relative corone fisse.

La copertura opera nel caso di applicazione di un numero di 1, 2, 3 o più impianti, previsti nel medesimo piano di cura.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'eventuale avulsione, l'elemento definitivo, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

- Protesi dentarie

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese relative all'applicazione/ sostituzione/ manutenzione di protesi dentarie.

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: **1.000.00 euro a Nucleo**.

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: **Franchigia di 100,00 euro per Sinistro**

- Regime rimborsuale: Scoperto del 20% col minimo non indennizzabile di 150,00 euro per Sinistro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 1.000,00

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Franchigia € 100,00

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 70,00 a carico alla Compagnia e € 100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.000,00

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 20% minimo € 150,00

Indennizzo € 20,50 (€ 170,00 - € 150,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

2. Interventi chirurgici odontoiatrici

2.1 Prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per interventi chirurgici odontoiatrici da malattia e/o infortunio.

2.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.500,00 euro a Nucleo.

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale: Scoperto del 20% col minimo non indennizzabile di 200,00 euro per Sinistro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00

Richiesta di rimborso per intervento chirurgico odontoiatrico € 1.500,00

Scoperto 20% minimo € 200,00

Indennizzo € 1.200,00 (€ 1.500,00 - 20%, perché lo scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

3. Prevenzione odontoiatrica

3.1 Prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese per:

- 1 visita specialistica odontoiatrica l'anno (anche ortodontica in caso di prevenzione odontoiatrica per minori)
- 1 seduta di igiene orale l'anno (ablazione del tartaro), mediante utilizzo di ultrasuoni o, se necessario, mediante altro tipo di trattamento

Tali prestazioni possono essere effettuate in un'unica soluzione e non richiedono la prescrizione medica per essere eseguite/rimborsate.

Restano a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni quali ad esempio la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, ecc.

3.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Limite: 1 prestazione a scelta tra le due previste

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

CAPITOLO 3 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 13. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi
- 2) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
- 3) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 4) infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli a motore o natanti come guidatore o passeggero (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill"
- 5) infortuni derivanti dallo svolgimento di sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
- 6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
- 7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- 8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 9) spese in conseguenza di malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico
- 10) interruzione volontaria della gravidanza
- 11) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile come da polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili come da polizza, per tumori maligni
- 12) prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day hospital, Intervento ambulatoriale), salvo quanto previsto alla garanzia "Cure Dentarie", se prevista in polizza
- 13) cure e interventi per eliminare o correggere difetti fisici o le loro conseguenze
- 14) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza
- 15) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)
- 16) ricoveri in lungodegenza
- 17) prestazioni sanitarie, cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, tutte le prestazioni mediche e gli

- interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari. Non è in ogni caso riconosciuta per tale tipologia di interventi l'indennità sostitutiva
- 18) correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato
 - 19) interventi di chirurgia bariatrica per curare l'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40 al momento dell'intervento); prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica
 - 20) prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, eccetto quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come regolati nel "dopo il ricovero"
 - 21) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
 - 22) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini
 - 23) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale
 - 24) ricoveri impropri
 - 25) infortuni occorsi prima della decorrenza della polizza, le relative conseguenze e complicanze
 - 26) conseguenze dirette o indirette di Pandemie.

Art. 14. Persone non collegabili al Piano sanitario

Non è possibile inserire nel Piano Sanitario le persone che alla decorrenza del Piano sanitario abbiano già compiuto 75 anni.

In caso di disdetta del Piano Sanitario dopo il 75° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.

Per gli Assistiti che raggiungono il limite di età, il Piano Sanitario può essere rinnovato fino all'annualità in cui vi sia il compimento dell'85° anno d'età.

Art. 15 Patologie pregresse

Sono esclusi: malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza del Piano Sanitario.

CAPITOLO 4 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

In considerazione del fatto che, come indicato al precedente art. 2 del Capitolo I, Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. eroga le prestazioni previste dal presente Piano sanitario, nel presente capitolo in cui vengono descritti degli oneri in caso di sinistro è necessario fare riferimento ad una terminologia assicurativa e quindi è giustificato l'utilizzo di termini quali la "Compagnia" e "l'Assicurato".

Art. 15. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

15.1 Oneri

Denuncia

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

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo⁵.

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

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

La Compagnia respinge la richiesta di Indennizzo nei seguenti casi in cui si ritengono mancare gli elementi essenziali sotto richiamati:

Assistenza diretta

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

⁵ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

Regime rimborsuale/Corresponsione di Indennità

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- Massimale esaurito
- presentazione di una nuova richiesta di rimborso per una fattura già presentata a rimborso/rimborsata
- presentazione di una richiesta di indennità già richiesta/liquidata
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

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

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

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere/interventi chirurgici odontoiatrici: 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
- 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 assicurative 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 dalla Compagnia e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

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

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della copertura l'Assicurato decede

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

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - o estremi del testamento
 - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - o indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - o non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza 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 nel presente Contratto.

Con riferimento all'Indennità sostitutiva tali previsioni operano solo nel caso in cui il decesso dell'Assicurato sia avvenuto dopo le dimissioni, una volta iniziato il percorso di recupero della salute. In caso contrario, ossia di decesso avvenuto durante il Ricovero, il diritto all'Indennità sostitutiva non può considerarsi maturato in capo all'Assicurato e pertanto l'Indennità sostitutiva non può essere richiesta dai suoi eredi.

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

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

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

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

Prestazioni Intramoenia

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

Prestazioni tra due annualità assicurative

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post Ricovero/Day hospital

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

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

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura

15.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi:

- 1) richiesta del voucher**
- 2) rilascio del voucher**

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato **deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale operativa (attiva 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione necessaria.**

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica.

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Con esclusivo riferimento alle prestazioni odontoiatriche e fisioterapiche, Intesa Sanpaolo RBM Salute ammette anche la possibilità che la richiesta di emissione del Voucher per la prestazione successiva alla prima sia inoltrata da parte della struttura o del medico convenzionati che si siano resi disponibili.

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono
 - **800.95.51.35** da telefono fisso (numero verde)
 - **+ 39 0422.17.44.115** da cellulare e 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
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.

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:
 - **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
 - prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione**; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**
 - prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, dalle terapie e dalle analisi di laboratorio: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

Non è richiesta per le prestazioni di prevenzione (sanitaria e odontoiatrica)

- **copia del certificato di prenotazione del ricovero**, o dell'autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta, per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta
- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
 - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**; è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra.
 - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
 - **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve

inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);

- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dalla polizza, in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- **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
- **prestazioni odontoiatriche:** per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:
 - **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan**
 - **referto dell'esame istologico in caso di asportazione di cisti mascellari, mandibolari, radicolari o biopsie**
 - **certificati di laboratorio**
 - come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5° classe di BLACK)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi solo certificato di laboratorio
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico e asportazione cisti	Fotografie e/o radiografie endorali. nei casi di: - asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopanoramica post prestazione (ortopanoramica in alternativa a Rx endorale). - estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche fattura dell'anestesista - biopsie: esame istologico post prestazione.
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopanoramiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopanoramiche

PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
ORTOGNATODONZIA (per es. terapia ortodontica con apparecchiature fisse)	Ortopanoramica, fotografie intraorali e dei modelli in gesso singoli e in occlusione		Fotografie post prestazione (con apparecchio/bite applicato)
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di: chirurgia gengivale, chirurgia mucogengivale o abbassamento di fornice, amputazioni radicolari, chirurgia ossea, innesto autogeno o di materiale biocompatibile (prima della sutura), lembo gengivale semplice, lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o curettage gengivale.	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche. In caso di placca di svincolo, anche certificato di laboratorio Placca di svincolo: foto post con apparecchio applicato e certificato laboratorio.
IGIENE ORALE (ablazione del tartaro)			Fotografie intraorali post prestazione
DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data, nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

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

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

Come trasmettere i documenti:

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

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa
- se disponibili nel territorio, **sono individuate le strutture convenzionate** (in caso di Ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione**

- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate **e la prestazione da eseguire.**

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post Ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata:

1. ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia;
2. alla fine della copertura.

Esempio 1:

se le prestazioni post Ricovero possono essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® è rilasciato il 10 Novembre, il voucher ha validità di 20 giorni per eseguire le prestazioni.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/11/2022;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2022, per un totale di 51 giorni (in luogo dei convenzionali 90 giorni dalla data di emissione).

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 90 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale operativa:
 - rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: Franchigie, scoperti)
 - può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
 - invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 90 giorni dalla data di emissione, a meno di limiti che intervengano prima dei 90 giorni per:

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

Superato il termine di validità di 90 giorni, in presenza di copertura, l'Assicurato potrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®.

Esempio 1:

Data di dimissione ospedaliera a seguito di ricovero: 10/03/2022

Termine di indennizzo per le spese post ricovero: 120 giorni dalle dimissioni (10/07/2022)

Richiesta VoucherSalute®: 05/05/2022

VoucherSalute® emesso il 10/05/2022;

VoucherSalute® valido fino al 10/07/2022, per un totale 60 giorni dal 10/05/2022.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/12/2022;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2022, per un totale 21 giorni dal 10/12/2022.

Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullare il voucher prima dell'erogazione della prestazione presso la struttura sanitaria, può farlo dalla propria area riservata.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®.

La preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale operativa per attivare il regime di Assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate non è necessaria nei soli casi di emergenza (→ qui sotto, par. b).

Segnalazione di nuove Strutture

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

È sufficiente proporre la candidatura nel sito www.previmedical.it alla sezione "Richiedi una convenzione".

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

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

- l'Assicurato o altro soggetto legittimato può chiedere il rilascio del voucher **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del Ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato o altro soggetto legittimato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa** (per mail assistenza.rbmsalute@previmedical.it) **allegando** il referto del medico che ha disposto il Ricovero d'urgenza o, nel caso di Infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'Infortunio.

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

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

c) La prenotazione

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione da Intesa Sanpaolo RBM Salute, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

d) Centrale operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, ad eccezione dei casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero), 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..

e) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di ricovero cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico⁶,...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA (per es.: franchigie e scoperti, superamento di massimali).

⁶ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

f) Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato

- l'Assicurato deve

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

15.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso/Richiesta di Indennità

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

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

- le prestazioni devono

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

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

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

• **essere 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**.

Nel caso in cui la richiesta di indennizzo abbia ad oggetto più prestazioni relative ad uno stesso evento e riconducibili a diverse garanzie, la fattura presentata dall'Assicurato deve contenere il dettaglio dell'importo specifico sostenuto per ogni prestazione, in modo che ciascuna possa essere ricondotta alla relativa garanzia.

Nel caso in cui l'Assicurato non riesca ad ottenere tale dettaglio dei costi, Intesa Sanpaolo RBM Salute lo ricava dividendo l'importo totale della fattura presentata per il numero delle prestazioni effettuate. Ogni singola prestazione viene quindi ricondotta alla propria garanzia, con applicazione delle relative regole (es. massimale, scoperto, franchigia).

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

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

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.intesasanpaolorbmsalute.com 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 (incluso il "Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia", da sottoscrivere con firma specifica in aggiunta a quella da apporre in calce alla richiesta di rimborso). In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

- 1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
- 2. prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
- 3. copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.,** in caso di Ricovero anche in Day Hospital
- 4. dettagliata relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
- 5. certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato,** che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico⁷.
La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno assicurativo
- 6. referti degli accertamenti diagnostici eseguiti,** in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- 7. 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

⁷ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

8. per apparecchi acustici in caso di:

- o **modifica dell'udito:** esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio
- o **rottura:** foto (nel caso in cui il malfunzionamento sia riconducibile a rotture di parti esterne chiaramente visibili) e dichiarazione dello specialista che attesti la rottura. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio
- o **smarrimento/furto:** copia della denuncia. È inoltre richiesto l'esame audiologico/visita audiologica con audiometria effettuata in occasione del precedente acquisto (in sua assenza è possibile presentare il referto di una nuova visita) che comprovi la necessità dell'apparecchio

9. per trattamenti fisioterapici:

- i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
- ii. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
- iii. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medico

10. per le prestazioni dentarie, che devono essere presentate dopo l'avvenuta prestazione:

- per conservativa endodontica (ad esempio una carie), cure odontoiatriche (per es. splintaggio, molaggio, placca di svincolo) e cure ortodontiche: la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante, e la patologia/diagnosi
- per le cure ortodontiche (per es. studio del caso ortodontico, visita ortodontica) deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle per ortognatodonzia (per esempio terapia ortodontica):
 1. per minori: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali e di nuova generazione
 2. per adulti: prescrizione medica attestante la diagnosi accurata, il piano di trattamento ortodontico dettagliato, ortopantomografia, foto intraorali e foto dei modelli in gesso. Pre-trattamento ortodontico, per trattamenti ortodontici tradizionali.

11. 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); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra;**
- se l'Infortunio 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 **il Modulo CID** (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente

12. per escludere la presenza di patologie preesistenti: certificato anamnestico e relativi referti

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 Praganziol (TV) Loc. Borgo Verde

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.intesasanpaolorbmsalute.com) - Gestisci la tua Polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi – Area Riservata – sinistri)
- attraverso la app mobile.

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

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

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

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



Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per sinistro.

Garanzia	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
1. Ricovero con o senza intervento in Istituto di cura, o Intervento Ambulatoriale	
Massimale	150.000,00 euro
Pre/post	90 giorni/90 giorni
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 300,00 euro
- rimborsuale	Scoperto 30% minimo 1.000,00 euro;
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
Submassimali	
Day Hospital/Day Surgery con/senza intervento da malattia	3.000,00 euro
Pre/post ricovero con o senza intervento da infortunio o malattia	1.000,00 euro
Intervento ambulatoriale	1.000,00 euro
Parto naturale	1.500,00 euro
Parto cesareo (ed eventuali interventi concomitanti), aborto terapeutico	3.000,00 euro
Chirurgia refrattiva	1.200,00 euro
Spese accompagnatore	50,00 euro al giorno, per massimo 80 giorni
Trasporto sanitario	1.000,00 euro
Fisioterapia pre/post ricovero da infortunio o malattia	1.300,00 euro
Indennità sostitutiva	80,00 euro al giorno, per massimo 100 giorni
Retta di degenza	250,00 euro
Cartella clinica	100,00 euro
Interventi ricostruttivi	5.000,00 euro, elevato a 8.000,00 euro in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Alta diagnostica	
Massimale	Da elenco
Condizioni:	2.500,00 euro
- diretta	Franchigia 35,00 euro
- rimborsuale	Scoperto 20% minimo 70,00 euro
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
2. Visite specialistiche	
Massimale	2.500,00 euro
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 25,00 euro
- rimborsuale	Scoperto 20% minimo 40,00 euro
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
3. Accertamenti diagnostici	
Massimale	1.000,00 euro
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 25,00 euro
- rimborsuale	Scoperto 20% minimo 40,00 euro
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
4. Analisi di laboratorio	
Massimale	1.000,00 euro
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 25,00 euro
- rimborsuale	Scoperto 20% minimo 40,00 euro
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
5. Lenti/occhiali	
Massimale	300,00 euro
Condizioni:	



- diretta	Franchigia 50,00 euro
- rimborsuale	Franchigia 50,00 euro
6. Protesi	
Massimale	1.000,00 euro
Condizioni:	
- rimborsuale	Scoperto 20%
7. Pacchetto maternità	Da elenco
Massimale	1.000,00 euro
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborsuale	Nessuno scoperto/franchigia
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE	
Massimale	1.000,00 euro
Sub-massimale	35,00 euro per sinistro
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborsuale	Nessuno scoperto/franchigia
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
D) PREVENZIONE	
Esami di prevenzione	Da elenco
Condizioni:	Una sola volta l'anno in unica soluzione
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
1. Cure odontoiatriche	
Massimale	1.000,00 euro
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 100,00 euro
- rimborsuale	Scoperto 20% minimo 150,00 euro
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
2. Interventi chirurgici odontoiatrici	
Massimale	1.500,00 euro
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- rimborsuale	Scoperto 20% minimo 200,00 euro
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia
3. Prevenzione odontoiatrica	Visita + ablazione tartaro
Massimale	1 prestazione
Condizioni:	
- diretta	Nessuno scoperto/franchigia
- ticket	Nessuno scoperto/franchigia

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.intesasampaolorbmsalute.com e, in particolare, la sezione "Privacy" con tutte le informazioni concernenti l'utilizzo ed il trattamento dei Dati Personali.

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

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

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

Categorie di Dati Personali

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

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

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

Finalità e base giuridica del trattamento

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

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per consentirLe la registrazione all' "Area riservata" 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

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.

- 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@intesasampaolorbmsalute.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.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.

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

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.

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

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Capitale Sociale € 305.208.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F. e n. Iscrizione Registro Imprese di 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).



DOMANDA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE/INDENNITA'

(nel caso di nucleo familiare, utilizzare un modulo per ciascuna persona)

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

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
c/o Previmedical S.p.A. – Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

Il/la sottoscritto/a chiede il RIMBORSO/INDENNITA' Il/la sottoscritto/a invia INTEGRAZIONE

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA (da compilare in stampatello maiuscolo)

Cognome	_____	Nome	_____
Nato/a il	_____	Luogo di nascita	_____
Sesso	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	Codice fiscale	_____
Cellulare*	_____	Telefono	_____
E-mail	_____		

(*): Indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", attraverso l'invio di un sms

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RIMBORSO (da compilare in stampatello maiuscolo)

Cognome	_____	Nome	_____
Nato/a il	_____	Luogo di nascita	_____
Sesso	Maschio <input type="checkbox"/> Femmina <input type="checkbox"/>	Codice fiscale	_____

Prestazioni per le quali si richiede il rimborso/indennità:

- Ricovero in istituto di cura
- Prestazioni collegate a ricovero (pre/post)
- Indennità da ricovero
- Trattamenti fisioterapici e riabilitativi
- Visite specialistiche, esami diagnostici e di laboratorio
- Lenti e occhiali
- Non Autosufficienza - Long Term Care
- Altro





**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia

Tenuto conto dell'Informativa resami ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 da Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., prendo atto del trattamento dei miei Dati Personali effettuato per le finalità descritte nell'Informativa, nella Sezione 3 "Categorie dei dati personali, finalità e base giuridica del trattamento".

Inoltre, apponendo la mia firma in calce, confermo il mio consenso in relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali, compresa la loro comunicazione e successivo trattamento da parte delle categorie di destinatari di cui alla Sezione 4 dell'Informativa, necessario per il perseguimento delle finalità indicate nella Sezione 8 dell'Informativa.

Data compilazione: _____

Nome e Cognome dell'Assicurato _____ Firma per Consenso _____

*(se minore, firma di chi esercita la
potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela)*



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

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

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A., con sede legale in Via A. Lazzari n.5, 30174 Venezia – Mestre (VE), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche la "Società" o il "Titolare") tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le finalità indicate nella Sezione 3. Per ulteriori informazioni può visitare il sito Internet di Intesa Sanpaolo RBM Salute www.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 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

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.

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@intesasanpaolorbmsalute.com. Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa.

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

1. Diritto di accesso

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

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

2. Diritto di rettifica

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

3. Diritto di cancellazione

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

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

4. Diritto di limitazione di trattamento

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

5. Diritto alla portabilità dei dati

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

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

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

6. Diritto di opposizione

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

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

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

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

SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI

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

ⁱ Ultimo aggiornamento 22 gennaio 2021