

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.



Prodotto: PMISALUTE_CON_DIR2

Data di realizzazione 01/2023

Questo documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima di sottoscrivere il contratto.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Sede legale: via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)

tel. +39 041 2518798

sito internet: www.intesasanpaolorbmsalute.com;

e-mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com; pec: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556.

Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione con il numero 1.00161 appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2021

Patrimonio netto: 492.561.713,00 euro, di cui capitale sociale 269.000.000,00 euro.

Totale delle riserve patrimoniali: 549.279.567,00 euro.

I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio. Possono essere consultati sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

Risultati della valutazione del profilo di rischio di Intesa Sanpaolo RBM Salute:

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 400.016.993 euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 100.004.248 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 438.839.834 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 378.837.285 euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 110%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP; l'impegno di Intesa Sanpaolo RBM Salute è rapportato alle somme assicurate concordate con il contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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

	<p>4) Infortuni che derivano dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill"</p> <p>5) Infortuni derivanti dallo svolgimento di Sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti</p> <p>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</p> <p>10) interruzione volontaria della gravidanza</p> <p>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 inseriti in copertura dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di Infortunio indennizzabile ai sensi del Contratto; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi del Contratto, per tumori maligni</p> <p>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 dal Contratto</p> <p>13) cure e interventi per eliminare o correggere Difetti fisici o le loro conseguenze, salvo quanto previsto all'art. 24</p> <p>14) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di Infortuni o Malattie non indennizzabili ai sensi del Contratto</p> <p>15) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato)</p> <p>16) Ricoveri in Lungodegenza</p> <p>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.</p> <p>18) 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</p> <p>19) 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"</p> <p>20) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)</p> <p>21) spese per prestazioni di routine o controllo, vaccini</p> <p>22) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale</p> <p>23) Ricoveri impropri</p> <p>24) Infortuni occorsi prima della decorrenza della copertura, le relative conseguenze e complicanze</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?


Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto a Intesa Sanpaolo RBM Salute se stipula o ha stipulato altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice civile). Vale anche se lo stesso rischio è coperto da contratti con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso di Intesa Sanpaolo RBM Salute. Di seguito i massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie per le diverse opzioni. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per sinistro.

PIANO SANITARIO	DIRIGENTI
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
1. Ricovero con e senza Intervento chirurgico in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale Massimale Condizioni:	Euro 250.000
<i>diretta</i>	
Strutture ed Equipe ordinarie	rimborso al 100%
Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP"	scoperto 5%
<i>rimborso / misto</i>	
Strutture e/o Equipe ordinaria	scoperto 10% - min euro 800
Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP"	scoperto 20% - min euro 800
2. Day Hospital ed Interventi Ambulatoriali Sub massimale Condizioni:	Euro 8.000 per evento
<i>diretta</i>	
Strutture ed Equipe ordinarie	rimborso al 100%
Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP"	scoperto 5%
<i>rimborso/misto</i>	
Strutture e/o Equipe ordinaria	scoperto 10% - min euro 400
Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP"	scoperto 20% - min euro 400
Materiale Intervento	Scoperto 30%
Limite Robot	€ 3.000 - in caso di G.I. € 5.000
limite retta di degenza fuori rete	Euro 450
pre/post	90/90 gg.
Sub massimali (*)	
Parto Naturale	Euro 4.000
Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti	Euro 8.000
Correzione Miopia	Euro 1.000 per occhio


Accompagnatore	Euro 120 al giorno max 50 gg.
Interventi ricostruttivi	Euro 5.000,00, elevato a euro 8.000,00 in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
Trasporto malato	Euro 7.000
Indennità sostitutiva Ricovero con e senza intervento Day-Hospital Pre/post	Euro 150 al giorno max 150 gg. 50% del ricovero 90/90 gg.
Neonati	fino a 1 anno Entro il limite massimo assoluto di Euro 30.000
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Prestazioni Diagnostiche Massimale Condizioni: diretta rimborso Ticket	Alta diagnostica e Diagnostica strumentale standard Euro 4.000 rimborso al 100% scoperto 10% - min Euro 50 al 100%
2. Visite Specialistiche ed Analisi Massimale Condizioni: - diretta - rimborso - Assistenza Infermieristica Domiciliare (sub-massimale) - Check up SOLO DIRETTA Ticket	Euro 3.000 Nessuno scoperto/franchigia scoperto 10% - min Euro 30 Euro 70 al giorno max 20 gg. Euro 258 annui - solo dipendente al 100%
3. Medicinali Massimale Condizioni Ticket	Euro 350 scoperto 10% - min Euro 40 al 100%
4. Protesi	


Massimale		Euro 5.000
Condizioni	rimborso Ticket	scoperto 10% - min Euro 50 rimborso al 100%
C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE		
1. Cure dentarie		
Massimale		Euro 2.000
Condizioni:	diretta rimborso Ticket	Nessuno scoperto/franchigia scoperto 10% - min Euro 150 100%
D) ALTRE GARANZIE		
1. Second Opinion		
Massimale		1 volta all'anno
Condizioni		Entro 6 mesi dalla diagnosi
2. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura		Previsto


(*): le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali


 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute appena possono, per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la richiesta di indennizzo.
	Assistenza diretta/in convenzione: l'Assicurato può accedere alle prestazioni sanitarie e odontoiatriche del Network reso disponibile da Intesa Sanpaolo RBM Salute dopo aver attivato la Centrale operativa.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile).
Obblighi dell'impresa	Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - rilasciare il VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-mediche-assicurative hanno avuto esito


	<p>positivo. L'Assicurato, previa prenotazione, può effettuare la prestazione nella struttura indicata nel VoucherSalute® entro 30 giorni dal rilascio. La prestazione entro 30 giorni è garantita solo per le strutture proposte dalla Centrale operativa.</p> <p>b) Regime rimborsuale</p> <p>- mettere in pagamento l'indennizzo (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.</p>
--	--

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Pur annuo e indivisibile, è frazionato in modo trimestrale o mensile e deve essere pagato in anticipo, come riportato sul certificato di polizza. Le somme assicurate e i premi non sono indicizzati. Il premio comprende l'imposta. Il premio è versato dal Contraente a Intesa Sanpaolo RBM Salute con bonifico bancario.
Rimborso	Non è previsto il rimborso del premio perché, se in corso d'anno si perdono i requisiti per beneficiare della copertura assicurativa, le garanzie operano fino alla prima scadenza utile.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>L'assicurazione dura 2 anni e ha effetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - dalle ore 00 del giorno 01/01/2023 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; - altrimenti dalle ore 00 del giorno dopo il pagamento. <p>La copertura scade alle ore 00:00 del 01/01/2025. Il contratto non prevede il tacito rinnovo pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto. La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).</p>
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Dopo la stipula il contraente non può recedere.
Risoluzione	Oltre quelli previsti dalla legge, non sono previsti casi, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Ai dirigenti di PMI SALUTE	

 Quali costi devo sostenere?	
Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>I reclami sul contratto o un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati all'Ufficio Reclami di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. a scelta:</p> <ul style="list-style-type: none">- compilando on line il modulo (https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html)- per posta, ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)- per fax: 0110932609- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com <p>Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none">- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità- numero di pratica- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.</p> <p>Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Con l'assistenza necessaria di un avvocato, puoi interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98) al fine di raggiungere un accordo tra le parti.</p> <p>Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.</p> <p>La richiesta di mediazione può essere inviata a: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Ufficio Reclami Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)</p> <p>oppure all'indirizzo mail: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato a Intesa Sanpaolo RBM Salute.</p> <p>La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione di procedibilità per poter agire giudizialmente.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE/ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.