INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Copertura Sanitaria
Per gli Amministratori
delle Aziende collegate a
Confimi Impresa

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI 1882

Edizione 01/2023

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 305.208.000,00 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.

Società del gruppo INTESA SANPAOLO

INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 59

SEZIONE I

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

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - *da pag. 17*
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - *da pag. 42*
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - *da pag. 44*

ALLEGATI

- Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Lista delle Strutture "TOP"
- Lista Equipe "TOP"
- Modulo LTC
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

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

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

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

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo
Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato
Box verde: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

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

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

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'Assicurazione.

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

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato
- attiva la Centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

La Compagnia paga direttamente il Network per le prestazioni oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal Contratto.

Assistenza diretta domiciliare: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale operativa
- riceve le prestazioni a domicilio da medici/professionisti convenzionati con il Network.

La Compagnia paga direttamente il Network per le prestazioni oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal Contratto.

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

Associato: *PMI SALUTE* associata alla Cassa.

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

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

Cassa/Fondo: PMI SALUTE, Via Tagliamento, 25 - 00198 - Roma (RM), P.I. 97948210584, avente esclusivamente finalità assistenziale secondo quanto previsto dall'art. 51, comma 2 lett. a) del D.P.R. n. 917/1986.

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

Centrale operativa: struttura individuata per:

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

Centro medico: struttura, anche non adibita al Ricovero,

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

Certificato di polizza: documento che contiene gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza e scadenza, premio, soggetti assicurati, ecc).

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

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

Contraente: PMI SALUTE, via Tagliamento, 25 – 00198 Roma (RM), C.F. 97948210584 che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del pagamento del premio.

Contratto: CDA.

Day Hospital/Day Surgery: Ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica.
Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.
Non è Day Hospital la permanenza in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale.

Diagnosi: la determinazione della natura o della sede di una malattia in base a una interpretazione di segni, sintomi e referti di esami specifici raccolti quali manifestazioni di una patologia.

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.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Sinistro ed è "assoluta", ossia opera sempre e interamente, indipendentemente dall'ammontare della somma cui è applicata. Nel caso di somme di denaro corrisposte a giornate, la franchigia può essere anche espressa in giorni (per esempio indennità di 100,00 euro per ogni giorno di ricovero, esclusi i primi 5 giorni).

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

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

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

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

Intervento ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia senza Ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.
Non costituisce Day Hospital la permanenza in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale.

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.
Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.

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

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica
- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di Day hospital o di Ricovero
- per scelta del paziente.

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

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.
Non sono Istituto di cura:
- gli stabilimenti termali
- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la Lungodegenza (RSA)
- istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

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

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

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

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS[1]).

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascuna annualità 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.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di Assistenza diretta e mista.
Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet www.pmisalute.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare: Il Titolare, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente[2], i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia. Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati.

Parti: la Compagnia e il Contraente.

Polizza: Assicurazione.

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

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: strumento o manufatto che sostiene, supplisce, aumenta o migliora una funzione insufficiente o compromessa di parti anatomiche (per esempio: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.).

---

[1] Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).
[2] Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

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

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

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

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.
Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Quesito diagnostico: indicazione di diagnosi già accertata o sospettata per la cui definizione della patologia o delle eventuali complicanze viene richiesto un esame o una consulenza.

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato
- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Se previsto, costituisce parte integrante del Contratto.

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

Regime misto: regime per cui l'Assicurato
- attiva la Centrale operativa
- accede a Istituti di cura convenzionati del Network e riceve prestazioni mediche da medici non convenzionati.

Regime rimborsuale: regime per cui sono rimborsate all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Contratto.

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: somma di denaro erogata all'Assicurato in caso di Sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dal Contratto.

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

Servizio sanitario nazionale (S.S.N.): servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

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

Sinistro e Data Sinistro:

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

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

Sub-Massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascuna annualità e per singola garanzia, nell'ambito del Massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.
Per Ricoveri con Intervento chirurgico il sub-Massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

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

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: persona fisica che acquisisce la qualifica di Assicurato per il suo legame con il Contraente (es. lavoratore dell'azienda); se previsto dal Contratto il Titolare può inserire in copertura i familiari indicati nella definizione di Nucleo familiare.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da Malattia o Infortunio indennizzabili ai sensi del Contratto
Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

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

Non rientrano nella definizione, e quindi non sono oggetto di Indennizzo, le prestazioni:

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

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.
Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.
Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le prestazioni di telemedicina.

CAPITOLO 1 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

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

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007[3].

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Carenza

Non prevista.

Art. 3. Indicizzazione dei Premi e delle somme assicurate

I Premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

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

Il diritto al pagamento delle rate di Premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze[4].

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

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

Art. 5. Cosa si assicura

L'Assicurazione prevede la corresponsione di un Indennizzo per Sinistri riconducibili a Malattia o Infortunio, verificatisi mentre l'Assicurazione è operativa, alle condizioni di seguito indicate.

Art. 6. Categorie assicurate

- Titolari e amministratori delle aziende iscritte e/o collegate a Confimi Impresa (Titolari) operanti nei settori della Piccola e Media Impresa
- familiari dei Titolari, come identificati nella definizione di Nucleo familiare

non rientranti tra le categorie di cui all'art. 26 "Persone non assicurabili".

[3] G.U. 255 del 2 novembre 2007

[4] Art. 2952 "Prescrizione in materia di Assicurazione" del Codice civile

Tutti gli Assicurati devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

Il Titolare non può essere inserito nel Nucleo familiare di un altro Titolare con cui abbia un legame tra quelli indicati nella definizione di Nucleo familiare (es. coniuge).
È possibile assumere la veste di Assicurato con riferimento a una sola posizione in copertura.
Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono dipendenti dello stesso Associato e indicati come Assicurati dal Contraente, non possono anche essere inseriti come componenti del Nucleo familiare del rispettivo coniuge o convivente, così come i figli di dipendenti dello stesso Associato coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti in copertura solo nel Nucleo familiare uno dei coniugi o conviventi.

Devono aderire tutte le persone assicurabili appartenenti alla stessa categoria di lavoratori

6.2 Modalità di adesione
E' prevista l'adesione dei Titolari e Amministratori delle aziende che applicano il CCNL per la piccola e media industria manifatturiera, metalmeccanica e della installazione di impianti.
L'adesione viene perfezionata dalle aziende mediante l'associazione al Fondo. Qualora l'azienda decida di aderire dovrà iscrivere obbligatoriamente al presente piano sanitario tutti i Dirigenti in essa operanti.
E' data inoltre facoltà alle Aziende non appartenenti alle medesime categorie aderenti e/o collegate a Confimi Impresa, di aderire ai Piani Sanitari offerti dalla Cassa, purché si associno a Confimi Impresa.

Art. 7. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo e può cessare l'Assicurazione[5].

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

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 8. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare alla Compagnia se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, la Compagnia non è tenuta a pagare l'Indennizzo.

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri[6]. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, la Compagnia può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento[7].

Art. 9. Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

9.1 Decorrenza

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01.01.2023 se il Premio è stato pagato entro il termine indicato all'art. 10.1
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento

9.2 Tacito rinnovo

Il contratto non prevede il tacito rinnovo.

9.3 Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dall'Assicurazione.

Art. 10. Pagamento del Premio - Anagrafica

10.1 Pagamento del Premio

Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno.
Pur essendo annuo e indivisibile, è frazionato in modo mensile.

La prima rata di Premio deve essere versata dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario, entro le ore 24 del 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza. La prima rata di Premio viene stabilita dalla Compagnia sulla base delle anagrafiche provvisorie e/o definitive fornite dal Contraente.

1. Se il Contraente paga la prima rata di Premio oltre la data di scadenza pattuita (dopo il 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza ed entro 6 mesi da questa data), il Contratto di assicurazione non si risolve ed è facoltà della Compagnia sospendere la copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno di pagamento, dando comunicazione al Contraente in tal senso. In tal caso, la Compagnia non fornisce quindi alcuna copertura assicurativa per i Sinistri che dovessero avvenire durante il periodo di sospensione. Le coperture assicurative torneranno a essere attive, dopo il pagamento della prima rata di Premio avvenuta entro 6 mesi, a decorrere dalla data indicata nel Certificato di polizza, quindi anche con riferimento ai sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione.

---

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

2. Se il Contraente non paga le rate seguenti alla prima entro i 30 giorni successivi alla ricorrenza mensile, il contratto di assicurazione non si risolve ed è facoltà della Compagnia sospendere la copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno di pagamento, dando comunicazione al Contraente in tal senso.
   La Compagnia non fornisce alcuna copertura assicurativa per i sinistri che dovessero avvenire durante il periodo di sospensione e ha comunque diritto a esigere i Premi scaduti.
3. Trascorsi 6 mesi dalle scadenze per il pagamento delle rate di Premio sopra indicate, il contratto di assicurazione si risolve. Il Contraente non potrà più riattivare le coperture assicurative, anche nel caso in cui decidesse di pagare il premio insoluto. In ogni caso, il premio annuo è comunque dovuto.

10.2 Anagrafica

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

- Anagrafica **provvisoria:** entro 30 giorni prima della decorrenza indicata nel certificato di polizza;
- Anagrafica **definitiva**: entro 30 giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione.

In mancanza, la Compagnia non potrà prendere in carico richieste di sinistro dei soggetti la cui Anagrafica non sia stata trasmessa.
Per le anagrafiche presenti nell'Anagrafica provvisoria non confermate nell'Anagrafica definitiva, in caso di pagamento di uno o più sinistri, il premio annuo è comunque dovuto.

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

11.1 Nuove assunzioni

La copertura per il Titolare decorre:

- **se l'assunzione è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, entro 30 giorni dall'assunzione**: dal giorno dell'assunzione
- **se l'assunzione è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, dopo i 30 giorni:** dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

Inclusioni nel primo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 100% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.
Inclusioni nel secondo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 70% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

11.2 Inclusione dei componenti del Nucleo familiare in corso d'anno

È consentita solo per i componenti del Nucleo familiare a carico, cioè le persone per le quali il Titolare ha diritto alla detrazione fiscale, nonché il convivente more uxorio il cui

reddito complessivo annuo (intendendosi quello di imposta) non sia superiore a quello previsto per il carico fiscale del coniuge[8]

Le inclusioni devono essere comunicate dal Contraente alla Compagnia **entro 30 giorni** dall'evento (per esempio, dalla nascita del figlio). La copertura opera da quando i componenti del Nucleo familiare inclusi sono a carico del Titolare.
Se la comunicazione è fatta **dopo i 30 giorni**: la copertura opera dalle ore 00:00 del giorno dopo la comunicazione.
La modifica (acquisto o perdita) delle condizioni di reddito previste per avere a carico un componente del Nucleo familiare Assicurato, avvenuta nel corso di un'annualità, non ha effetto sui Premi o rate di Premio da corrispondere per il periodo rimanente della stessa annualità.

11.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla prima scadenza utile.
Qualora nel corso dello stesso anno assistenziale, l'Assistito assunto da un'Azienda Associata a CONFIMI IMPRESA, sia già inserito nella polizza elenco di un'altra Azienda aderente a CONFIMI IMPRESA, rimarrà in vigore la precedente copertura assicurativa, senza soluzione di continuità.

11.4 Regolazione del Premio

Oltre a quanto previsto all'art. 10.2 "Anagrafica":

- **entro 30 giorni dalla** ricezione dell'Anagrafica definitiva, si procede alla regolazione contabile del Premio dovuto alla data di decorrenza;
- **entro 15 giorni prima della scadenza delle singole quietanze delle rate di Premio** si consegna la regolazione contabile del Premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il Premio relativo alla regolazione deve essere versato dal Contraente entro 30 giorni dal ricevimento del documento di regolazione.

Se aumentano i Nuclei familiari in copertura, il Contraente deve pagare la rata di rinnovo aumentato in base all'Anagrafica inviata.

Art. 12. Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. Gli indennizzi sono corrisposti in Italia e liquidati in euro. Se previsto il regime rimborsuale. Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

[8] DPR 22 dicembre 1987 n. 917 (Testo Unico delle Imposte sui Redditi – TUIR), art. 12. Attualmente la soglia è di € 2.840,51.

Art. 13. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenuti Compagnia, Contraente e Assicurato ai sensi del presente Contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

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

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

a) Condizioni di Assicurazione
b) Informativa Privacy di cui all'Allegato 6 del presente Contratto

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

Art. 15. Cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

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

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

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 16. Assicurazione per conto altrui

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi previsti devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato[9].

Art. 17. Regime fiscale

Tassa sui Premi: 2,50%
Tassa sugli Indennizzi: non prevista.

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

Art. 18. Reclami

[9] Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

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

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

Per controversie connesse al presente Contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente[10].
Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Se la lite non è conciliata con la mediazione, Compagnia, Contraente e Assicurato sono liberi di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 20. Foro Competente

Per le controversie connesse al presente Contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità esecuzione e risoluzione):
- tra la Compagnia e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale Intesa Sanpaolo RBM Salute.
- tra la Compagnia e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza (se in Italia) o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Compagnia, Contraente e Assicurato possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 21. Servizi "Segui la tua pratica" e "Home Insurance"

21.1. 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**.
Il servizio può essere attivato indipendente dai canali in cui viene effettuata la domanda di rimborso.
Nel modulo di rimborso cartaceo l'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare. Attivando il servizio, l'Assicurato 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.

21.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

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

Sul sito internet della Compagnia www.intesasanpaolorbmsalute.com

---

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

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

***Web (http:* webab.previmedical.it/arena-pmisalute)**

Area riservata – Sinistri. Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso ("Gestisci la tua Polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi")
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

App mobile "Citrus"

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

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

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

Art. 22. Legge applicabile al Contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il presente Contratto è regolato dalla Legge italiana.
Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 23. Descrizione delle prestazioni Assicurate

Vengono di seguito riportati gli Indennizzi che la Compagnia fornisce all'Assicurato in caso di Sinistri riconducibili a Malattia o Infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

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

L'Assicurato sceglie se aderire ad una delle due opzioni previste. In corso d'anno non è consentito cambiare opzione. In alternativa alle singole opzioni della presente copertura, è facoltà dei Titolari e Amministratori di aderire al Piano Sanitario Base dedicato ai lavoratori dipendenti.

Massimali, limiti, Franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in questo Contratto, nella descrizione delle singole garanzie e nell'Allegato 2 "Scheda riassuntiva".

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni assicurate

1.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per Grande Intervento chirurgico di cui all'Allegato 1 (GIC)

Prima del Ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l'inizio del Ricovero o dell'Intervento chirurgico, purché pertinenti alla Malattia/Infortunio che ha reso necessario il Ricovero o l'Intervento chirurgico.

Durante il Ricovero

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (risultante dal referto operatorio)

- diritti di sala operatoria, materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assicurato
- spese per materiale protesico e presidi terapeutici: scoperto del 30% se previsto dall'opzione
- spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura ed entro il relativo sub-massimale se previste dall'opzione;
- 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); nel caso di ricovero con utilizzo del regime rimborsuale le spese sostenute sono riconosciute nel limite indicato nell'opzione prescelta
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, nonché Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Dopo il Ricovero
Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali, effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.
La presente garanzia viene prestata in forma esclusivamente diretta in strutture sanitarie e con personale convenzionato.
Per medicinali, prestazioni infermieristiche e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera), la garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.
Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket vengono rimborsati integralmente.

1.2 Assistenza infermieristica privata individuale
Assistenza infermieristica privata individuale nel limite indicato nell'opzione prescelta. La presente garanzia è prestata in forma esclusivamente rimborsuale.

1.3 Accompagnatore
Retta di vitto e pernottamento dell'accompagnatore nell' Istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero a rimborso la garanzia è prestata nel limite indicato nell'opzione prescelta.

1.4 Trasporto sanitario a seguito di intervento chirurgico
Sono rimborsate le spese di trasporto dell'Assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione nel limite indicato nell'opzione prescelta.

1.5. Trapianti
Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, sono riconosciute le spese previste ai punti 1.1, 1.2, 1.3, 1.4 con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo.
Nel caso di donazione da vivente, la prestazione prevede il rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.
Durante il pre-ricovero sono compresi anche i trattamenti farmacologici mirati alla prevenzione del rigetto.

1.6. Neonati
La Compagnia provvede al pagamento delle spese per interventi chirurgici effettuati nel primo anno di vita del neonato per la correzione di malformazioni congenite, comprese le visite e gli accertamenti diagnostici pre e post intervento, nonché la retta di vitto e di pernottamento dell'accompagnatore nell'Istituto di cura o in struttura alberghiera per il periodo del ricovero spesi nel limite indicato nell'opzione prescelta.

1.7. Indennità sostitutiva per intervento chirurgico
L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di per ciascun giorno di ricovero nel limite indicato nell'opzione prescelta, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

1.8 Ospedalizzazione domiciliare a seguito di malattia e infortunio per ricoveri chirurgici (vedi Allegato n. 1 "Elenco Grandi interventi chirurgici") (garanzia valida solo per l'opzione 1)
Nell'ambito dei **120** giorni previsti dalle coperture "Post Ricovero" per i ricoveri chirurgici (come da allegato 1) e avvenuti successivamente alla data di efficacia della copertura, la Compagnia mette a disposizione tramite la rete di strutture convenzionate prestazioni di ospedalizzazione domiciliare, di assistenza medica, riabilitativa, infermieristica e farmacologica, tendenti al recupero della funzionalità fisica dell'Assistito.
La Compagnia concorderà – anche per il tramite del provider – il programma medico/riabilitativo con l'Assicurato secondo le prescrizioni dei sanitari che hanno effettuato le dimissioni e con attuazione delle disposizioni contenute nelle stesse, fornendo consulenza e organizzazione delle prestazioni, eventualmente anche di tipo assistenziale.
Per gestire il processo la Compagnia si avvale di un sistema gestionale che prevede il coinvolgimento e il coordinamento di professionisti altamente specializzati, con spiccate caratteristiche finalizzate a risolvere le problematiche legate all'assistenza domiciliare che organizzano l'assistenza medica e riabilitativa e forniscono una consulenza sanitaria di altissimo livello.

La garanzia è prestata in assistenza diretta.

1.9 Diaria da convalescenza successiva a ricovero per intervento (vedi Allegato n. 1 "Elenco Grandi interventi chirurgici") (garanzia valida solo per l'opzione 1)
Nel caso di ricovero per grande intervento chirurgico (intendendo per tali quelli elencati all'allegato 1) la Compagnia garantisce una diaria da convalescenza di **euro 100,00** al giorno per un massimo di **10** giorni per anno.
La convalescenza deve essere prescritta all'atto delle dimissioni dall'Istituto di cura e deve risultare dalla cartella clinica.

2. Prestazioni assicurate

2.1. Ricovero in istituto di cura a seguito di malattia e infortunio con Intervento Chirurgico/Day Hospital Chirurgico, Intervento Chirurgico Ambulatoriale, compreso parto naturale, aborto terapeutico/spontaneo

Prima del Ricovero
Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti l'inizio del Ricovero, purché pertinenti alla Malattia/Infortunio che ha reso necessario il Ricovero.

Durante il Ricovero
- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (risultante dal referto operatorio)
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi necessarie al recupero dell'autonomia dell'assicurato
- spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura ed entro il relativo sub-massimale se previste dall'opzione;
- 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); nel caso di ricovero con utilizzo del regime rimborsuale le spese sostenute sono riconosciute nel limite indicato nell'opzione prescelta
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, nonché Trattamenti fisioterapici e riabilitativi

Dopo il Ricovero
Esami e accertamenti diagnostici, prestazioni mediche, chirurgiche e infermieristiche (queste ultime qualora la richiesta sia certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura), nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse le spese di natura alberghiera), effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Sono compresi in garanzia i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

2.2. 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 previsti dall'opzione prescelta.

2.3 Indennità sostitutiva per parto naturale (garanzia valida se indicato il relativo sub-massimale)
In caso di parto naturale, qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso alla Compagnia, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **euro 80,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **7** giorni per ricovero.

2.4 Pancoloscopia e esofagogastroduodenoscopia operative a seguito di malattia e infortunio (garanzia valida se indicato il relativo sub-massimale)
Nel caso di pancoloscopia e esofagogastroduodenoscopia operative, la Compagnia riconosce le spese previste alla lettera A) "Ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio per grande intervento chirurgico" con i relativi limiti e con esclusione della garanzia "Retta di degenza".

Limite: euro 1.000,00 anno/nucleo con l'applicazione di una franchigia fissa di euro 35,00 per prestazione.

2.5 Chirurgia Refrattiva (garanzia valida se indicato il relativo sub-massimale)
Sono riconosciute le spese limitatamente agli interventi effettuati:
a) in caso di anisometropia superiore a tre diottrie (presente prima della correzione laser di uno degli occhi);
b) in caso di deficit visivo pari o superiore a cinque diottrie per ciascun occhio.

2.6 Indennità sostitutiva
L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di per ciascun giorno di ricovero nel limite indicato nelle singole opzioni, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.

3. 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
- Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.

- 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

4. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: in base all'opzione prescelta

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: in base all'opzione prescelta
- Regime rimborsuale: in base all'opzione prescelta
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

5. 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 e dall'opzione prescelte (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

Esempi opzione1:
Regime di Assistenza diretta
Massimale € 50.000,00
Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00
Franchigia di € 1.300,00
Indennizzo € 12.998,00 a carico della Compagnia e 1.300 a carico dell'Assicurato
Regime rimborsuale
Massimale € 50.000,00
Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00
Scoperto 30% minimo non indennizzabile di € 3.500,00
Indennizzo € 10.008,60 (€ 14.298,00 - 30% perché il minimo non indennizzabile è minore dello scoperto)

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

1.1 Alta Diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

- Angiografia
- Artrografia

- Broncografia
- Cisternografia
- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Fistolografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Retinografia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Scialografia
- Splenoportografia
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

1.2 Accertamenti

- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- PET
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
- Scintigrafia
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

1.3 Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi

- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

2.1 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: in base all'opzione prescelta

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: in base all'opzione prescelta
- Regime rimborsuale: in base all'opzione prescelta
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi opzione 2
Regime di Assistenza diretta
Massimale € 4.000,00
Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00
Nessuno scoperto/franchigia
Indennizzo € 245,00 a carico della Compagnia
Regime rimborsuale
Massimale € 4.000,00
Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00
Scoperto 10% minimo € 50,00
Indennizzo € 195,00 (€ 245,00 - € 50,00, perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

3 VISITE SPECIALISTICHE

3.1 Prestazioni

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

- visite specialistiche (escluse le pediatriche, odontoiatriche, ortodontiche salvo quanto previsto dalla garanzia prestazioni odontoiatriche particolari)

La garanzia comprende anche una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

3.1.1 Check up (garanzia valida solo per l'opzione 2)

E' data la possibilità di effettuare solo una volta l'anno in un'unica soluzione e in assistenza diretta i seguenti accertamenti diagnostici a scopo preventivo, nel limite dell'opzione prescelta:

a) DONNA (gino-test):

- un esame mammografico;

- esame citologico secondo Papanicolau (pap-test);
- un esame elettrocardiografico.

b) UOMO (andro-test)

- elettrocardiogrammi a riposo e da sforzo;
- esame radiologico del torace;
- esami del sangue: emocromo con formula leucocitaria, glicemia, VES, LDL, azotemia, creatininemia, HDL quadro lipidico (colesterolo, trigliceridi, lipoproteine).

3.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: in base all'opzione prescelta
Sub massimale per check up: 258,00 euro a dipendente per l'opzione 2

Regimi di erogazione
- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti
- Assistenza diretta: in base all'opzione prescelta
- Regime rimborsuale: in base all'opzione prescelta
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

Esempi opzione 1:
Regime di assistenza diretta
Massimale € 2.500,00
Costo del RX torace € 65,00
Franchigia € 25,00
Indennizzo € 40,00 a carico della Compagnia
Regime rimborsuale
Massimale € 2.500,00
Richiesta di rimborso per RX torace € 65,00
Scoperto 20% minimo € 50,00
Indennizzo € 15,00 (€ 65,00 - € 50,00, perché lo scoperto del 10% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

3.3 Visite di controllo (valida solo per l'opzione 1)

Solo per un componente del nucleo familiare: una visita specialistica di controllo gratuita al mese in una qualsiasi delle specializzazioni messe a disposizione dalla struttura prescelta.

La prestazione è garantita anche in caso di consulto o semplice controllo; pertanto **non è richiesta la prescrizione medica.**

3.4 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato

Regimi di erogazione
Assistenza diretta

Franchigie e scoperti
Franchigie e scoperti: nessuno

4 TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

4.1. Prestazioni

La Compagnia copre le spese sostenute per i ticket pagati per l'esecuzione di accertamenti diagnostici in strutture del SSN non rientranti tra quelli previsti alla precedente garanzia "Alta specializzazione" e i ticket sanitari di pronto soccorso, come indicato nelle opzioni prescelte.

4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: in base all'opzione prescelta

Regimi di erogazione
Utilizzo Servizio Sanitari Nazionale

Franchigie e scoperti
Nessuno scoperto.

5 PROTESI (garanzia valida solo per l'opzione 2)

5.1 Prestazioni

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

5.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali
Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 5.000,00 anno/nucleo

Regimi di erogazione
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti
- Regime rimborsuale: scoperto 10% minimo 50,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

Esempio
Regime rimborsuale
Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso € 164,57
Scoperto 10% minimo 50,00
Indennizzo € 114,57 (€ 164,57 – 50,00)

6 MEDICINALI (garanzia valida solo per l'opzione 2)

6.1 Prestazioni

Sono riconosciute le spese per medicinali, prescritti dal medico curante o dallo specialista, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie.

L'Assicurato dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.
Il rimborso dei medicinali verrà effettuato con cadenza semestrale, a seguito di presentazione in un'unica richiesta di tutte le eventuali ricette mediche con patologia, riguardanti il semestre di riferimento riconducibili ad un'unica diagnosi.

6.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 350,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Regime rimborsuale: scoperto del 10% minimo 40,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

Esempi:
Regime rimborsuale
Massimale € 350,00
Richiesta di rimborso € 100,00
Scoperto 10% minimo 40,00
Indennizzo € 60,00 (€ 100,00 – 40,00)

7. PACCHETTO MATERNITA' (garanzia valida solo per l'opzione 1 e per il Titolare)

Sono comprese le seguenti prestazioni effettuate per gravidanza:

- **ecografie**
- **analisi clinico chimiche ed indagini genetiche:**
  - analisi di laboratorio
  - amnioscopia
  - amniocentesi e villocentesi: per le donne di eta inferiore a 35 anni sono riconosciute solo nel caso di malformazione famigliare in parenti di 1°grado o

nel caso di patologie sospette, dietro presentazione di idonea prescrizione medica.

Sono inoltre comprese un numero massimo di 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

C) PREVENZIONE (PREVISTA SOLO PER L'OPZIONE 1)

Il Titolare (ad eccezione dei pacchetti nn. 3 e 5 usufruibili dai minori componenti del nucleo familiare) può attivare a sua scelta una volta all'anno solo due (2) dei sette (7) pacchetti di prevenzione sotto indicati, a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto precedentemente prescelto e ad eccezione del pacchetto 7 sempre garantito.

Ciascun pacchetto di prevenzione deve essere effettuato solo in forma diretta nelle strutture convenzionate, in un'unica soluzione.
Non è necessaria la prescrizione del medico specialista.

1. PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

1.1 Prestazioni

a) 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

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (http://www.cuore.iss.it/sopra/calcrischio.asp).

Cosa occorre fare prima di compilare il questionario
Il questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.
Nella prima pagina del questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

2. Prevenzione oncologica

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

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- PSA (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).

3. Prevenzione pediatrica (fruibile dai minori inseriti nel Nucleo familiare)

Prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età, inseriti in copertura,compresa tra i 6 mesi e i 6 anni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni.

4. Prevenzione oculistica

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus.

5. Prevenzione oculistica minori

La prevenzione oculistica minori prevede la copertura delle spese relative ad un pacchetto di prevenzione oftalmologica per minori compresi tra 6 anni e 11 anni.

Tutte le prestazioni devono essere eseguite nella loro totalità in regime di assistenza diretta presso strutture convenzionate. Non è prevista l'operatività della presente garanzia all'estero.
Il piano di prevenzione prevede la copertura, una sola volta nel periodo di vigenza della presente copertura delle prestazioni sotto elencate:
- Valutazione anamnestica

- Esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva, ecc.) ed annessi oculari
- Studio del fundus oculi per individuare patologia retiniche
- Misurazione del tono oculare
- Misurazione del visus per vicino e lontano, sia mono che bioculare
- Valutazione della motilità oculare.

Al termine della visita verrà rilasciata dal medico una sintesi contenente i dati raccolti e le eventuali prescrizioni sia al fine di consentire l'acquisto dei presidi adatti, sia come punto di partenza per futuri controlli oftalmologici con visite o accertamenti di II livello, da fruire secondo le modalità e nei limiti previsti per le relative garanzie.

6. Prevenzione delle vie respiratorie

- spirometria
- visita pneumologica

7. Prevenzione della sindrome metabolica

Compilazione del questionario ("Area Iscritti" in www.intesasanpaolorbmsalute.com, usando username e password).

Nel caso in cui:

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

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

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

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

Prima di compilare il questionario

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

D) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. **Cure Dentarie** (garanzia valida se indicato il relativo sub-massimale)

Sono riconosciute le spese di seguito indicate:

- cure odontoiatriche,
- cure ortodontiche,
- protesi ortodontiche,
- acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche.

2. **Prestazioni di implantologia** (garanzia valida se indicato in polizza)

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, senza alcuna limitazione dell'entità della liquidazione anche nel caso di effettuazione di più impianti da parte dell'Assicurato.

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

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

La presente garanzia è prestata esclusivamente in regime di assistenza diretta.

3. Avulsione (estrazione denti)

La Compagnia provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento.

Ai fini liquidativi devono essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione.

La presente garanzia è prestata esclusivamente in regime di assistenza diretta.

4. Altre cure dentarie

La Compagnia provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche effettuate esclusivamente in regime di assistenza diretta con applicazione delle seguenti fgranchigie:

Prestazione	Franchigia
CONSERVATIVA	
Sigillatura (per ogni dente)	€ 25,00
Cavità di 5ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 1ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 2ª classe di BLACK	€ 65,00
Cavità di 3ª classe di BLACK	€ 80,00
Cavità di 4ª classe di BLACK	€ 80,00
Incappucciamento della polpa	€ 37,00
Intarsio L.P. – Inlay od onlay	€ 250,00
Intarsio in ceramica	€ 300,00
Intarsio in composito	€ 200,00
Ricostruzione di angoli	€ 70,00
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 125,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	€ 70,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 80,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 130,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 175,50
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 270,00
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di	€ 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di	€ 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di	€ 290,00
CHIRURGIA	
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari	€ 259,00
Asportazione di epulide	€ 93,00
Intervento chirurgico preprotesico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose,	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance,de	€ 207,00

Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 181,00
Frenulotomia o frenulectomia	€ 37,00
Biopsie (qualunque numero)	€ 52,00
PROTESICA	
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 850,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 250,00
Gancio su scheletrato	€ 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 500,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 60,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 50,00
ORTOGNATODONZIA	
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparacchio invisalign) per arcata	€ 1.000,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	€ 690,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 70,00
Bite notturno	€ 250,00
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA	

Levigatura delle radicie/o courettage gengivale	€ 45,00
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 25,00
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 25,00
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 20,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	€ 120,00
Placca di svincolo	€ 217,00
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 52,00
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 175,00
Gengivectomia per dente	€ 50,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 186,00
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 259,00
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 100,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per	€ 326,00
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 388,00
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 434,00
Lembo gengivale semplice	€ 200,00
Lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	€ 260,00
DIAGNOSTICA	
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 16,00
Radiografia endorale per arcate	€ 42,00
Bite wings	€ 20,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 11,00
Ortopantomografia od ortopanoramica	€ 30,00
Teleradiografia	€ 42,00
Dentalscan 1 arcata	€ 181,00
Dentalscan 2 arcate	€ 259,00
Esame elettromiografico	€ 180,00
Esame Kinesiografico	€ 200,00

5. INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI EXTRARICOVERO

La Compagnia provvede al pagamento delle seguenti spese per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso del cavo orale;

- neoplasie ossee della mandibola o della mascella;
- cisti radicolari;
- cisti follicolari;
- adamantinoma;
- odontoma;
- asportazione di cisti mascellari;
- asportazione di epulide con resezione del bordo;
- intervento per iperostosi, osteomi (toro palatino, toro mandibolare, ecc.);
- ricostruzione del fornice (per emiarcata);
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico;
- rizotomia e rizectomia;
- ascesso dentario da strumento endoodontico endocanalare.

È incluso in garanzia il rimborso delle spese dell'intervento di implantologia dentale esclusivamente a completamento degli interventi chirurgici odontoiatrici sopraelencati, nel limite del massimale previsto per la garanzia.

Si precisa inoltre che la presente garanzia è prestata sia in caso di regime ospedaliero, sia in caso di regime ambulatoriale.

Nel caso del regime ospedaliero per gli eventi sopraelencati, oltre ai costi dell'équipe operatoria, la Compagnia rimborsa nei limiti previsti dall'opzione prescelta anche le spese per:

Intervento chirurgico
Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi, necessarie al recupero dell'autonomia dell'Assistito, oltre agli impianti come sopraindicato.

Assistenza medica, medicinali, cure
Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami, accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero.

Retta di degenza
Non sono comprese in garanzia le spese voluttuarie.

E) ALTRE GARANZIE

1. Cure Oncologiche

La Compagnia indennizza con il limite massimo di **euro 50.000,00** per anno, le spese sostenute per:

- prestazioni mediche ed infermieristiche;
- esami ed accertamenti diagnostici,
- cure, trattamenti e terapie (a titolo indicativo e non esaustivo: chemioterapia, radioterapia, cure palliative, terapie del dolore etc.) comprensive dell'eventuale degenza in Day Hospital o in regime di ricovero.

Tutte le prestazioni elencate devono essere prescritte da medico oncologo e sono rimborsabili anche in caso di trattamento domiciliare in presenza di scadute condizioni cliniche del paziente.

Le prestazioni sopra elencate vengono rimborsate o prese in carico senza applicazione di alcuno scoperto e/o franchigia sino alla concorrenza del limite massimo di assistenza suindicato (€ 50.000,00 anno). Successivamente, in caso di esaurimento di detto limite massimo, saranno applicati, nell'ordine, i massimali e gli scoperti previsti dalle precedenti garanzie "Alta specializzazione", "Visite specialistiche" e "Ticket sanitari per accertamenti diagnostici e Pronto Soccorso".

2. Long Term Care (LTC) – Perdita di autosufficienza (solo per l'opzione 1)

a. Prestazioni

La garanzia opera in caso d'infortunio o malattia per il quale derivi all'Assicurato la perdita di autosufficienza nel compimento delle attività primarie (come descritta nel punto successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni.
Lo stato di non autosufficienza deve verificarsi successivamente alla data di inizio copertura per l'Assicurato e durante il periodo di copertura della polizza.
La Compagnia copre le spese sopra citate solo se sostenute per prestazioni effettuate nel periodo di vigenza della polizza.

b. Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana:

- Lavarsi
- vestirsi e svestirsi
- igiene del corpo
- mobilità
- continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello (allegato 5) fornito da dalla Compagnia, e da documentazione clinica

(ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.
Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

- **Farsi il bagno**

1° grado: l'assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

- **Vestirsi e svestirsi**

1° grado: l'assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

- **Igiene del corpo**

1° grado: l'assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):
(1) andare al bagno
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:
punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

- **Mobilità**

1° grado: l'assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle.

È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

- **Continenza**

1° grado: l'assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

- **Bere e mangiare**

1° grado: l'assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:
- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10

c. Regimi e condizioni di erogazione

La Compagnia, dopo la ricezione della documentazione relativa allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, si riserva di comunicare entro 60 giorni le proprie valutazioni in merito alla situazione rappresentata, anche con riferimento al momento in cui lo stato di non autosufficienza può dirsi verificato, ai fini dell'operatività della garanzia.
In ogni caso l Compagnia si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.
La Compagnia si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

Al verificarsi della perdita di autosufficienza la Compagnia copre, nel limite previsto dalla presente Polizza, le spese regolarmente documentate, relative a personale medico od infermieristico qualificato, sostenute per l'assistenza sanitaria al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'Assicurato non autosufficiente, o per prestazioni della

medesima natura erogate presso strutture residenziali e semi-residenziali legalmente autorizzate.

Massimali
Massimale annuo/nucleo: 5.000,00 euro fisso annuo per un massimo di 3 anni

Regimi di erogazione
Indennitario

Franchigie e scoperti
Nessuno

3. Second opinion

3.1 Prestazioni
La Second Opinion è un secondo parere medico che l'Assicurato può richiedere alla Compagnia una sola volta nel corso della annualità assicurativa e solo nel caso in cui abbia ricevuto una diagnosi dopo la data di decorrenza della copertura assicurativa, relativa a:

- Infarto miocardico
- Cancro
- Ictus cerebrale
- Insufficienza renale
- Insufficienza epatica cronica terminale
- Coma
- Necessità di sottoporsi a trapianto d'organo come ricevente.

La Second Opinion può essere richiesta entro 6 mesi dal giorno della diagnosi di cui sopra.

L'Assicurato (o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare) deve spiegare ai medici della Centrale operativa il proprio caso, e inviare tutta la relativa documentazione medica. I medici della Centrale operativa verificano la documentazione pervenuta e la inviano al Centro medico convenzionato col Network specializzato in relazione alla patologia dell'Assicurato.
Entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della documentazione, la Centrale operativa invia all'Assicurato la Second opinion scientifico-specialistica.
La Compagnia si fa carico delle spese riguardanti l'organizzazione e l'erogazione della prestazione.

3.2. Regimi e condizioni di erogazione
Massimali
Massimale: illimitato

Regimi di erogazione
Assistenza diretta

Franchigie e scoperti
Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia.

4. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

4.1 Prestazioni

Se per Infortunio o Malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, per Infortunio o Malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato **la documentazione clinica.**

c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.
Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Art. 24. Estensioni di garanzia

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

CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 25. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

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 idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill"
5) Infortuni derivanti dallo svolgimento di Sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti
6) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
9) spese in conseguenza di Malattie mentali (elencate nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'Organizzazione Mondiale della Sanità) o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico

10) interruzione volontaria della gravidanza
11) interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non hanno compiuto 1 anno e 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
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
13) cure e interventi per eliminare o correggere Difetti fisici o le loro conseguenze, salvo quanto previsto all'art. 24
14) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di Infortuni o Malattie non indennizzabili ai sensi del Contratto
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.
18) la 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 copertura, le relative conseguenze e complicanze

Art. 26. Persone non assicurabili

Età minima

Non possono entrare in copertura soggetti che non abbiano già compiuto 16 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione. Tale limite non si applica ai figli del Titolare che possono essere inseriti in copertura secondo quanto indicato nella definizione di "Nucleo familiare".

Età massima
Non possono entrare in copertura soggetti che abbiano già compiuto 75 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione. Per gli Assicurati che raggiungono tale limite di età in corso di copertura, la copertura nei loro confronti cessa alla prima scadenza annuale del Contratto, salvo specifica deroga.

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

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

27.1 Oneri

Denuncia
L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro alla Compagnia non appena possono.
Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo[11].
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 terapico 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

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

- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

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
- prestazione eseguita in struttura convenzionata
- prescrizione medica scaduta
- Massimale esaurito
- presentazione di una nuova richiesta di rimborso per una fattura già presentata a rimborso/rimborsata
- presentazione di una richiesta di indennità già richiesta/liquidata
- 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 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:
  - estremi del testamento
  - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
  - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
  - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
  - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
  - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato nel presente Contratto.

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:

- a chi esercita la potestà parentale
- al Tutore

- al Curatore
- 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 minorenne o incapace.

Uso di medici, odontoiatri e strutture convenzionati

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di attivare l'Assistenza diretta.
Non è ammesso il Regime rimborsuale.
Nel Regime misto l'obbligo riguarda solo le prestazioni erogate dalla Struttura convenzionata e non anche gli onorari dei medici non aderenti al Network.
Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nel sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com nell'Area riservata e nell'app mobile.

Strutture ed équipe "TOP"

Per la particolare specializzazione di queste strutture ed équipe e della qualità garantita, gli scoperti di base sono incrementati come segue (cfr. scheda riassuntiva - All.1):

- Assistenza diretta: scoperto base + 5%
- Regime rimborsuale: scoperto base + 10%

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 (per esempio spese per il rilascio di copia della Cartella clinica).

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

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
  - **800.09.91.72** da telefono fisso (numero verde)
  - **0039 0422.17.44.209** per chiamate dall'estero e da mobile

Relativamente alle prestazioni pre ricovero è possibile richiedere il voucher esclusivamente tramite canale telefonico.

Dati da fornire alla Centrale operativa

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

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata**:**
  - prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione**; se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**
  - 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'Infortunio 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 **il Modulo CID** (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente;

- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dal Contratto, 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 Servizio Sanitario Nazionale

- **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 preprotesico 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 ortopanoramiche		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 ortopanoramiche	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 courettage gengivale.	Fotografie e/o radiografie endorali endorali e/o ortopanoramiche. 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

- **apparecchi acustici, in caso di:**
  - **modifica dell'udito:** esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio
  - **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
  - **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

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. e-mail) 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.pmisalute@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 dalla Compagnia, 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), la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

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 dal Contratto), e, in caso di Ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, Cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)

- la Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili secondo quanto previsto dal Contratto
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal Contratto, 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...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dal Contratto (per es.: Franchigie e scoperti, superamento di Massimali).

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.

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

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

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

- le prestazioni devono
- essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni, ad eccezione delle prestazioni odontoiatriche;** se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto.**
- **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**
- **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**
- **essere comprovate da idonea documentazione di spesa rilasciata da** Istituto di Cura, da Centro Medico o da professionista sanitario o comunque da ente congruente con la prestazione effettuata**;** la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi.**

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 30 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 o da professionista sanitario o comunque da ente congruente con la prestazione effettuata; la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta.** L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere.
3. **copia conforme della Cartella clinica completa, contenente anche** la S.D.O., 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. **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
6. **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 Servizio Sanitario Nazionale
7. **per apparecchi acustici in caso di:**
   - **modifica dell'udito:** esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio
   - **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
   - **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

   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) oltre a quanto previsto per la conservativa endodontica, deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle
8. 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
9. per il **rimborso dei medicinali**:
   - copia della ricetta e fattura (o scontrino nominativo parlante) intestata all'Assicurato con specifica dei prodotti acquistati

- copia della ricetta con il costo dei singoli prodotti e con il timbro della farmacia, insieme allo scontrino fiscale per il totale.

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

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:
INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
c/o PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

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.pmisalute.it 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

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli[12]:

Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario
Art. 8 - Altre assicurazioni/contratti
Art. 9 - Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso
Art. 10 - Pagamento del Premio - Anagrafica
Art. 11 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio
Art. 20 - Foro competente
Art. 25 - Esclusioni
Art. 26 - Persone non assicurabili
Art. 27 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

[12] Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Allegato 1 – Elenco Grandi Interventi Chirurgici

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

CHIRURGIA GENERALE
Ernia femorale
Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi
Nodulectomia mammaria

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

OTORINOLARINGOIATRIA
Asportazione di tumori gnomici timpano-giugulari
Asportazione di tumori maligni del cavo orale
Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale sferoidale e mascellare
Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectmia)
Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)
Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO
Tiroidectomia totale
Interventi sulle paratiroidi
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
Tiroidectomia totale con svuotamento latercervicale mono o bilatele

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO
Interventi per cisti o tumori del mediastino
Interventi per echinococcosi polmonare
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Pneumectomia totale o parziale

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE
Asportazione di tumore glomico carotideo
Decompressione della arteria vertebrale nel femore trasversrio
Angioplastica con eventuale stent
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomia
Interventi sul cuore per via toracotomia
Interventi sull'orta addominale per via laparotomica
Safenectomia della grande safena

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

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovescicoloctomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchiectomia con linfoadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostmia
Nefrouretconomia radicale
Surrenalectonomia

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

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

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE
Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO
Trapianti di organo compreso il trapianto di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

Allegato 2: 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.

PRESTAZIONI	OPZIONE 1
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
GRANDI INTERVENTI elenco esteso Massimale Condizioni: **Diretta** Strutture ed Equipe ordinarie Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP" **Rimborso** Strutture e/o Equipe ordinaria Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP"	euro 150.000,00 al 100% al 100% scoperto 20% minimo non indennizzabile di euro 2000 con sottomassimale euro 10000 scoperto 20% minimo non indennizzabile di euro 2000 con sottomassimale euro 10.000
Limite Retta Degenza solo Fuori Network	euro 300 al giorno
Pre/Post	120/120
Interventi ricostruttivi	euro 5.000,00, elevato a euro 8.000,00 in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
Limite Accompagnatore solo Fuori Network	euro 50 al giorno max 30 giorni per evento
Assistenza Infermieristica	euro 60 al giorno max 30 giorni per evento
Trasporto	euro 1500 per evento
Neonati Correzione Malformazioni congenite Massimale	nel primo anno di vita euro 10000
Indennità Sostitutiva	primi 30 giorni: euro 80 al giorno - dal 31° giorno fino a 100 giorni: euro 100 al giorno
RICOVERO CON INTERVENTO Massimale Condizioni: **Diretta** **Rimborso**	euro 50.000,00 Franchigia euro 1300,00 scoperto 30% minimo non indennizzabile di euro 3500
Limite Retta Degenza applicato solo Fuori Network	euro 210,00 al giorno
Parto Naturale	euro 80 al giorno max 7 giorni
Limite parto cesareo	euro 2500
Limite pancoloscopia e esofagogastroduodenoscopia **Diretta**	euro 1000 Franchigia di euro 35 per prestazione
Day Hospital Chirugico ed Intervento chirugico ambulatoriale	Compreso nel massimale ricovero con intervento
Indennità Sostitutiva	euro 60 al giorno per max 30 giorni
Ospedalizzazione domiciliare	
Massimale	120 giorni successivi euro 10000
Diaria da Convalescenza Massimale	euro100 al giorno max 10 gioni

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Specializzazione elenco esteso Massimale Condizioni: **Diretta** **Rimborso** Ticket	 euro 2.500,00 franchigia euro 25 per prestazione scoperto 20% min euro 50 per prestazione al 100%
Visite Specialistiche Massimale Condizioni: **Diretta** Check up Ticket	 euro 700,00 al 100% al 100%
Weekend in Salute (per tutto il nucleo)*	una visita specialistica al mese - anche senza prescrizione - in strutture autorizzate (v. elenco)*
Ticket accertamenti diagnostici e pronto soccorso Massimale Condizioni	 euro 700 anno/nucleo al 100%
Pacchetto Maternità (solo per il Titolare) Massimale Condizioni: **Diretta** **Ticket**	max 4 visite elevate a 6 se a rischio euro 1.000,00 al 100% al 100%
C) PREVENZIONE	
Prestazioni Diagnostiche Particolari (solo per il Titolare ad eccezione del pacchetto 3 e 5) solo In Network 1 Pacchetto prevenzione a scelta l'anno **1) Prevenzione Cardiovascolare** uomo donna **2) Prevenzione Oncologica** uomo donna **3) Prevenzione Pediatrica (garanzia attiva a prescindere dall'estensione al nucleo)** 4) Prevenzione Oculistica 5) Prevenzione Oculistica per i minori 6) Prevenzione delle vie respiratorie 7) Prevenzione della Sindrome Metabolica (sempre garantita, ulteriore rispetto ai 2 pacchetti scelti)	 (ulteriore alla Prevenzione della Sindrome Metabolica, sempre garantita) 1 volta ogni 2 anni senza previsione di limiti di età 1 volta ogni 2 anni senza previsione di limiti di età > di 45 anni 1 volta ogni 2 anni (limiti di età più bassi) > di 30 anni 1 volta ogni 2 anni (limiti di età più bassi) una visita specialistica pediatrica per i minori di età tra i 6 mesi e i 6 anni alle seguenti condizioni: 1 visita tra i 6 e i 12 mesi 1 visita ai 4 anni 1 visita ai 6 anni 1 volta ogni 2 anni Screening oftalmologico Per i minori di età compresa tra 6 e 11 anni Screening oftalmologico 1 volta ogni 2 anni Spirometria, visita pneumologica ed eventuale prick test, esami ematochimici, ECG 1 volta ogni 2 anni colesterolo HDL, colesterolo totale, glicemia, trigliceridi

D) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
Area Odontoiatrica Massimale Condizioni: **Diretta** **Interventi chirurgici odontoiatrici** Massimale Condizioni: **Diretta** **Rimborso** Ticket	**(operante solo in regime Diretto)** **Illimitato** IMPIANTI: Franchigia euro 800,00 per impianto ESTRAZIONI: Franchigia euro 35,00 per estrazione semplice ed euro 120 per estrazione complessa ALTRE CURE DENTARIE: Franchigia differenziata in funzione della prestazione* (in caso di regime ospedaliero sono compresi: onorari, assistenza medica, medicinali, cure e rette di degenza) euro 3500 anno/nucleo **al 100%** 100% e solo nel caso in cui la provincia di residenza o di domicilio dell'Assistito sia priva di strutture convenzionate **al 100%**
E) ALTRE GARANZIE	
1. Cure Oncologiche	
Massimale Condizioni **Diretta** **Rimborso** Ticket	euro 10.000,00 solo in regime di ricovero/day hospital/extraricovero al 100% scoperto 30% al 100%
2. Long Term Care (LTC) Perdita di autosufficienza Massimale Condizioni	Rata annua di euro 5.000,00 per un max di 3 anni 4 ADL su 6 ADL
3. Second Opinion Massimale Condizione **4. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura**	1 volta all'anno Entro 6 mesi dalla diagnosi previsto

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

PIANO SANITARIO E TITOLARI	OPZIONE 2
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
GRANDI INTERVENTI elenco esteso Massimale Condizioni: **Diretta** Strutture ed Equipe ordinarie Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP" **Rimborso** Strutture e/o Equipe ordinaria Strutture "TOP" e/o Equipe "TOP"	 euro 250.000,00 al 100% scoperto 5% scoperto 10% - min euro 800,00 scoperto 20% - min euro 800,00
Limite Retta Degenza solo Fuori Network	euro 450,00
Pre/Post	90/90gg
Interventi ricostruttivi	euro 5.000,00, elevato a euro 8.000,00 in caso di più interventi effettuati nella stessa seduta operatoria
Limite Accompagnatore solo Fuori Network	euro 120 al giorno max 50 gg.
Assistenza Infermieristica	euro 70 al giorno max 20 gg.
Trasporto	euro 7.000,00
Materiale Intervento	Scoperto 30%
Limite Robot	euro 5.000,00
Neonati Correzione Malformazioni congenite Massimale	**fino a 1 anno Entro il limite massimo assoluto di euro 30.000,00**
Indennità Sostitutiva	**euro 150 al giorno max 150 gg.**
RICOVERO CON INTERVENTO Massimale Condizioni: **Diretta** **Rimborso**	 **euro 250.000,00** **vedi punto A)** **vedi punto A)**
Limite Retta Degenza applicato solo Fuori Network	**euro 450,00**
Parto Naturale	**euro 4.000,00**
Limite parto cesareo	**euro 8.000,00**
Limite Robot	**euro 3.000,00**
Correzione Miopia	**euro 1.000 per occhio**
Day Hospital Chirugico ed Intervento chirugico ambulatoriale	**euro 8.000 per evento**
Indennità Sostitutiva	**50% del ricovero**

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Specializzazione elenco esteso Massimale Condizioni: **Diretta** **Rimborso** Ticket	**Alta diagnostica e Diagnostica strumentale standard** euro 4.000,00 rimborso al 100% scoperto 10% - min euro 50 rimborso al 100%
Visite Specialistiche Massimale Condizioni: **Diretta** **Rimborso** Check up SOLO RIMBORSO DIRETTO Ticket	 euro 3.000,00 al 100% scoperto 10% - min euro 30 euro 258 annui - solo dipendente al 100%
Ticket accertamenti diagnostici e pronto soccorso Massimale Condizioni	 Compreso nel massimale delle visite al 100%
H) Protesi	

Massimale Condizioni **Ticket**	euro 5.000,00 scoperto 10% - min euro 50 rimborso al 100%
E) Medicinali Massimale Condizioni **Ticket**	 euro 350,00 scoperto 10% - min euro 40 rimborso al 100%

C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
Area Odontoiatrica Massimale Condizioni: **Diretta** **Rimborso** **Ticket**	 **euro 2.000,00** **al 100%** **scoperto 10% - min euro 150** **al 100%**
Interventi chirurgici odontoiatrici Massimale Condizioni: **Diretta** **Rimborso** Ticket	 **Compreso nel massimale dell'area odontoiatrica** **al 100%** **scoperto 10% - min euro 150** **al 100%**
E) ALTRE GARANZIE	
Cure oncologiche	
Massimale Condizioni **Diretta** **Rimborso** Ticket	**Compreso nel massimale dell'alta diagnostica** **al 100%** **scoperto 10% - min euro 50** **al 100%**
Second Opinion Massimale Condizione **Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura**	 1 volta all'anno Entro 6 mesi dalla diagnosi previsto

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

ALLEGATO 3: Lista delle Strutture "TOP"

ROMA

Casa di Cura Villa Margherita

Casa di Cura Paideia S.p.A.

Casa di Cura Mater Dei S.p.A.

Casa di Cura Pio XI

Fondazione Santa Lucia

MILANO

Casa di cura Columbus

Istituto Nazionale Tumori

Humanitas Mirasole S.p.A.. (Istituto Clinico Humanitas)

Istituto Europeo di Oncologia

Istituto Cardiologico Monzino

TORINO

Casa di Cura Sedes Sapientiae

Casa di Cura Fornaca

BERGAMO

Humanitas Gavazzeni

VARESE

Istituto Clinico Humanitas Mater Domini Casa di Cura Privata S.p.A.

GENOVA

Villa Montallegro

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

ALLEGATO 4: Lista Equipe “TOP”

N.	COGNOME	NOME	CITTA'	SPECIALITA'
1	Aleandri	Vincenzo	Roma	ginecologia e ostetricia
2	Angioli	Roberto	Roma	ginecologia e ostetricia
3	Barillari	Paolo	Roma	chirurgia generale
4	Benech	Franco	Torino	neurochirurgia
5	Benedetti Panici	Pierluigi	Roma	ginecologia e ostetricia
6	Chiariello	Luigi	Roma	cardiochirurgia
7	Colao	Fernando	Firenze	ortopedia
8	Colletti	Vittorio	Verona/Milano	ORL
9	Coppola	Roberto	Roma	chirurgia
10	Campisi	Corradino	Genova	chirurgia dei vasi linfatici
11	Cucciniello	Carmine	Milano	ortopedia
12	Danaro	Vincenzo	Roma	ortopedia
13	Delitala	Alberto	Roma	neurochirurgia
14	Deraco	Marcello	Milano	chirurgia oncologica
15	Devita	Roy	Roma	chirurgia plastica ricostruttiva (mammella)
16	Facciolo	Francesco	Roma	chirurgia toracica
17	Fioranelli	Massimo	Roma	cardiologia interventistica
18	Gallucci	Michele	Roma	urologia
19	Gottarelli	Paolo	Bologna	chirurgia plastica
20	Leo	Ermanno	Milano	chirurgia colorettale
21	Maira	Giulio	Roma	neurochirurgia
22	Meani	Enzo	Milano	ortopedia
23	Neroni	Massimiliano	Roma	neurochirurgia
24	Piredda	Alessio	Roma	ginecologia e ostetricia
25	Pozzi	Giuseppe	Roma	chirurgia mininvasiva
26	Pozzi	Giuseppe	Roma	surgical excellence & healthcare (ulteriore specialità)
27	Romagnoli	Sergio	Milano	ortopedia
28	Santini	Massimo	Roma	cardiologia
29	Scambia	Giovanni	Roma	ginecologia e ostetricia
30	Sciarretta	Fabio Valerio	Roma	ortopedia
31	Semprini	Augusto	Milano	ginecologia e ostetricia
32	Spriano	Giuseppe	Roma	ORL
33	Ticozzi	Paolo	Milano	ginecologia e ostetricia

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

MODULO DI DENUNCIA DEL SINISTRO, INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER LA RICHIESTA DELL'INDENNITA' DI NON AUTOSUFFICIENZA

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:
INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.P.A.
c/o Previmedical S.p.A. – Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini, 24 - Località Borgo Verde - 31022 Preganziol (TV)

DATI ANAGRAFICI DELL'ASSICURATO CUI SI RIFERISCE L'INDENNITA'
(da compilare in stampatello maiuscolo, indicando il soggetto a cui si riferisce la richiesta)

Cognome_____ **Nome** _____

Nato/a il _____ **Luogo di nascita** _____

Codice Fiscale _____

DATI ANAGRAFICI DEL SOGGETTO CHE RICHIEDE L'INDENNITA'
(da compilare in stampatello maiuscolo, nei soli casi di incapacità del soggetto assicurato)

Cognome _____ **Nome** _____

Nato/a il _____ **Luogo di nascita** _____

Cellulare*_____ **Telefono** _____

E-mail* _____ **Codice Fiscale** _____

Indicare il rapporto (coniuge, legale rappresentante, etc)_____

(*): Il numero di telefono cellulare verrà utilizzato per inviare gli SMS relativi al servizio "**SEGUI LA TUA PRATICA**".
L'indirizzo E-mail potrà essere utilizzato per lo scambio di comunicazioni relative alla presente domanda di indennità.

Chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza

A tal proposito allega alla presente copia di:

- documento di identità valido e codice fiscale (sia dell'Assicurato/a sia dell'eventuale Legale Rappresentante/Tutore/Amm.re di sostegno) o di chi ne fa veci; nel caso in cui la prestazione consista nella corresponsione di una indennità in denaro a favore di soggetti minorenni è necessario acquisire l'autorizzazione da parte del tribunale dei minori;
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante che esponga l'insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell'Assicurato/a, l'origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell'affezione o delle affezioni, su apposito modello fornito dalla società o, se inviato un documento redatto in forma libera, contenente tutte le informazioni presenti nel suddetto modello;
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza;
- eventuale verbale di riconoscimento dell'Invalidità Civile rilasciato dalla Commissione della ASL di appartenenza;
- eventuale verbale della competente Autorità giunta sul luogo dell'evento (nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia stato causato da evento accidentale);

- eventuale documentazione comprovante lo status di chi sta agendo per conto dell'Assicurato, ad es. tutore/procuratore (decreto di nomina, procura speciale/generale), familiare (stato di famiglia), ecc…, corredata dai suoi dati anagrafici (nome, cognome, data di nascita e codice fiscale).

Coordinate bancarie del conto corrente dell'assicurato su cui effettuare il rimborso/indennità (da indicare solo nel caso in cui fossero diverse da quelle presenti nella propria area iscritto)

Intestatario conto corrente: _____

IBAN: ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐

Data compilazione: _____ Firma dell'Assicurato: _____

(*se incapace, firma del soggetto che richiede l'indennità in sua vece)*

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 incapace, firma del soggetto che richiede l'indennità in sua vece)*

Si ricorda inoltre che:

- dalla data di ricevimento di tale documentazione, decorre il *periodo di accertamento* che, in ogni caso, non può superare i 60 giorni;
- la Compagnia si riserva di richiedere all'Assicurato informazioni sulle predette cause e ulteriore documentazione in considerazione di specifiche esigenze istruttorie.
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione l'Assicurato dovrà produrre certificato di esistenza in vita prima dell'erogazione della successiva rata annuale;
- in caso di accoglimento della richiesta e di erogazione della prestazione, la Compagnia si riserva di richiedere all'Assicurato, con cadenza annuale, accertamenti medici che attestino la permanenza di non autosufficienza.

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE

CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Dott. _____

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

Cognome e Nome dell'Assistito: _____
nato/a _____ _____ il_____
residente a _____in via _____prov._____
cap _____ telefono _____ età (anni) _____

DOMANDE	RISPOSTE DEL MEDICO
1. Lo stato di non autosufficienza è insorto a seguito di quale condizione? a. impossibilità di compiere almeno 4 delle 6 attività della vita quotidiana b. demenza senile invalidante o malattia di Alzheimer, certificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein)	1 a. b.
2. L'assistito ha bisogno di assistenza continua da parte di un'altra persona?	2
3. a. L'assistito è attualmente ricoverato in lungo degenza in struttura abilitata pubblica o privata? b. Se sì, qual è la struttura? c. Da quando?	3 a. b. c.
4. a. L'assistito è attualmente ricoverato in istituto psichiatrico? b. Se sì, qual è la struttura? c. Da quando?	4 a. b. c.
5. a. Qual è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? b. Quando si è verificato?	5. a. b.
6. L'assistito è in grado di farsi il bagno e/o doccia in modo completamente autonomo?	6

7. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	7
8. L'assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa di farsi il bagno?	8
9. L'assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo?	9
10. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	10
11. L'assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	11
12. L'assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (a), (b), e (c): a. andare al bagno? b. lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? c. effettuare atti di igiene personale	12 a. b. c.
13. L'assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (a), (b) e (c)?	13
14. L' assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (a), (b), e (c)?	14
15. l'assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	15
16. L'assistito necessita di assistenza per muoversi eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (è pero in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	16
17. L'assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto per muoversi?	17

18. L'assistito è completamente continente?	18
19. L'assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	19
20. L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	20
21.L'assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti? o Sminuzzare/tagliare il cibo; o Sbucciare la frutta; o Aprire un contenitore/una scatola; o Versare bevande nel bicchiere;	21 o o o o
22. L'assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	22

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che

il Sig/Sig.ra ……. si trova in stato di non autosufficienza.

Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Luogo e data _____

_____ _____

Il Medico Curante **(DOMICILIO)**

(Firma e timbro)

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 terzi[1] (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla [i]Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

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

[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

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

ALLEGATO 6: INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L'"INFORMATIVA") E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

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

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

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

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

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

Categorie di Dati Personali

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

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

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

Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che la riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi[1] (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla [i]Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

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

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

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).
In relazione a tale finalità, il trattamento di dati particolari (tra cui dati idonei a rilevare le Sue condizioni di salute e dati relativi alla prestazione sanitaria ricevuta) potrà essere effettuato solo con il suo consenso, il cui rifiuto può comportare l'impossibilità per la Società di adempiere a quanto richiesto (art. 6.1 lett. a) del Regolamento).

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

In tale contesto potrebbe essere richiesto il conferimento di categorie particolari di dati (dati idonei a rivelare lo stato di salute, referti medici, ecc.) relativi a Lei o a Suoi familiari. Tale conferimento è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma i dati forniti potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.
Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

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

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

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

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

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

a) **Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.**
b) **Soggetti Terzi** (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:
- Previmedical S.p.A.;
- Società di mutuo soccorso;
- Compagnie di assicurazione e Broker;
- Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
- Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
- Fondi o casse sanitarie;
- Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
- Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
- Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;
- Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/ organizzativa);
- Istituti bancari

c) **Autorità** (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc…) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

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

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

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

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.
Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

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

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

SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo email privacy@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

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).