



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria
per **Agenzia delle Entrate -
Riscossione**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI3113

Edizione 08/2024

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 39:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 – Norme che regolano il contratto in generale** - da pag. 8

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 17
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 26
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 27

ALLEGATI

- Allegato A -Norme tariffarie
- Allegato B – Fac simile reportistica
- Allegato C – Tabella Grandi interventi chirurgici
- Allegato D - Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

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 scadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

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

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

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

Box verde: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

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

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

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

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

Associato: Agenzia Entrate Riscossione, Via Giuseppe Grezar 14 - 00142 ROMA (RM) P.I. 13756881002 associato 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: CASSA PREVINT, Viale Erminio Spalla 9 - 00142 – Roma, P.I. 97331310587 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, dati dell'Associato, soggetti assicurati, ecc).

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

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

Contratto: CDA.

Day Hospital/Day Surgery: Degenza diurna 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.

Evento/Sinistro: La causa che determina la richiesta di prestazione.

Le richieste di prestazioni effettuate anche in tempi diversi, sono considerate un unico evento, se determinate da un'unica causa. L'onere della prova è a carico dell'Assicurato.

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 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: È considerato infortunio ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produce lesioni corporali obiettivamente constatabili.

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.

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

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

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

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

Non sono Istituto di cura:

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

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: È considerata malattia ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. Anche se impropriamente, nelle malattie si considerano incluse: gravidanza, parto, puerperio e aborto terapeutico. Sono incluse anche le menomazioni fisiche che possono essere compensate con l'uso di protesi anatomiche, purché insorte successivamente alla data d'iscrizione in garanzia di ciascun assistito.

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nella Classificazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ICD (International Classification of Diseases) del 1949 e successive modifiche e integrazioni.

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.intesasanpaolorbmsalute.com o nell'App mobile.

Nucleo familiare: I soggetti componenti la famiglia anagrafica del dipendente alla data di iscrizione al piano sanitario così come risulta dallo stato di famiglia rilasciato dai competenti uffici del Comune di residenza, che comprende il coniuge (inteso anche come convivente di fatto/convivente da unioni civili) e figli/e (inteso anche come adottivi, legittimi, legittimati, in affido preadottivo, naturali riconosciuti legalmente e/o giudizialmente) fino all'età di 26 anni (oltre solo se invalidi al 100%). Sono esclusi gli ascendenti e collaterali.

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.).

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 oppure di segni e sintomi che descrivono una situazione morbosa o sospetta tale.

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, 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).

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.



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 con l'Associato (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 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).

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 17/10/2007¹.

Sito: www.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 scadenze².

Esempio: se la rata di Premio scade il 31 dicembre 2024, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2025.

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

Devono accedere alle coperture previste dal presente Piano sanitario i seguenti soggetti:

A. i dipendenti a tempo indeterminato dell'Ente Pubblico economico denominato "Agenzia delle entrate-Riscossione" che abbiano superato il periodo di prova;

In aggiunta ai soggetti sopra indicati, la copertura:

B. è estesa, senza ulteriori costi, al nucleo familiare fiscalmente a carico (inteso come coniuge/convivente di fatto/convivente da unioni civili e figli/e fino a 26 anni, anche se non conviventi). La copertura resta operante per i figli/e di età superiore a 26 anni se invalidi al 100%;

¹ G.U. 255 del 2 novembre 2007

² Art. 2952 "Prescrizione in materia di Assicurazione" del Codice civile

in aggiunta ai soggetti sopra indicati la copertura:

C. è estesa, per le annualità successive, in caso di decesso del dipendente ai superstiti fiscalmente a carico già iscritti in polizza, previo pagamento da parte degli stessi della quota prevista a carico dell'Ente per i propri dipendenti e della eventuale quota integrativa a carico del dipendente secondo gli importi indicati nella Tabella allegata sub. "A1"

D. è estesa, ove intervenga l'adesione volontaria, al personale equiparato ai dipendenti, ossia il Direttore di Agenzia delle entrate - Riscossione, i membri del Comitato di Gestione e del Collegio dei Revisori dei Conti ed i dipendenti in aspettativa non retribuita, con il versamento diretto alla Cassa di una quota integrativa a loro carico di importo pari a quello previsto a carico dell'Ente per i dipendenti. L'estensione ricomprende il nucleo familiare fiscalmente a carico (inteso come coniuge/convivente di fatto/convivente da unioni civili e figli/e fino a 26 anni fiscalmente a carico, anche se non conviventi). La copertura resta operante anche per i figli/e di età superiore a 26 anni, se invalidi al 100%. Se presentato dal Fornitore in sede di offerta tecnica, può altresì essere estesa al nucleo familiare fiscalmente non a carico (inteso come coniuge/convivente di fatto/convivente da unioni civili, figli/e fino a 26 - oltre i 26 anni se invalidi al 100% - risultanti dallo stato di famiglia del dipendente), ove intervenga l'adesione volontaria dell'equiparato, con relativo contributo a carico dello stesso secondo gli importi indicati nella Tabella allegata sub. "A2". Si specifica che, ove il dipendente si avvalga di tale facoltà, l'estensione della copertura dovrà riguardare necessariamente tutti i familiari fiscalmente non a carico, come sopra individuati, risultanti dallo stato di famiglia;

E. è estesa, ove intervenga l'adesione volontaria, agli ex-dipendenti in quiescenza con quota integrativa a carico del pensionato e da quest'ultimo versato direttamente alla Cassa, secondo gli importi ed i limiti indicati nella Tabella allegata sub. "A3"

L'estensione delle prestazioni nei confronti dei soggetti indicati nei superiori punti dovrà essere richiesta dal dipendente, dai superstiti, dagli equiparati o dagli ex dipendenti in quiescenza all'avvio del contratto e avrà durata pari alla durata del contratto.

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'Assicurazione³.

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

Gli assicurati sono esonerati dall'obbligo di dichiarare alla Società eventuali altre polizze dagli stessi stipulate per i medesimi rischi, se non in fase di rimborso. In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁴. 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 riferimento⁵.

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

9.1 Decorrenza

L'Assicurazione dura 24 mesi e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01.08.2024 se il Premio o la rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

Le nuove polizze assicurative inerenti al programma assicurativo di assistenza sanitaria a favore del personale di AdER opereranno senza soluzione di continuità con le attuali polizze scadute alle ore 24.00 del 31 luglio 2024.

In ogni caso di cessazione della polizza, sarà possibile esercitare l'opzione di proroga, che l'Associato richiederà per il tempo strettamente necessario nei limiti stabiliti dall'art. 120, comma 11 del D.lgs. n. 36 del 2023. L'esercizio di tale facoltà è comunicato alla Compagnia almeno 30 giorni prima della scadenza del contratto.

Ai sensi dell'art. 60 del D.Lgs nr. 36/2023, qualora nel corso di esecuzione del contratto, al verificarsi di particolari condizioni di natura oggettiva, si determina una variazione, in aumento o in diminuzione, del costo del servizio superiore al cinque per cento, dell'importo complessivo, i prezzi sono aggiornati, nella misura dell'ottanta per cento della variazione, in relazione alle prestazioni da eseguire. Ai sensi dei commi 3 e 4 del menzionato articolo 60, ai fini della determinazione della variazione dovranno essere utilizzati gli indici ISTAT dei

³ 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.

⁴ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

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

prezzi al consumo (Indice Generale FOI senza tabacchi) pubblicati sul portale istituzionale dell'ISTAT.

Ai sensi dell'art. 120, comma 9, del D.lgs. n. 36 del 2023, qualora in corso di esecuzione si renda necessaria una diminuzione delle prestazioni fino alla concorrenza del quinto dell'importo del contratto, l'Associato potrà imporre alla Compagnia l'esecuzione alle condizioni originariamente previste. In tal caso la Compagnia non può fare valere il diritto alla risoluzione del contratto.

9.2 Tacito rinnovo

Il contratto non prevede il tacito rinnovo, pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto.

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.

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

1. Se il Contraente paga il 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 del Premio avvenuto entro 6 mesi, a decorrere dalla data indicata nel Certificato di polizza, quindi anche con riferimento ai sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione.
2. Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza sopra pattuita 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 60% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

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

Le inclusioni in copertura, quali ad esempio l'inserimento in garanzia dei neonati - siano essi figli/e legittimi o naturali di un assistito - oppure l'avvenuto matrimonio/convivenza di fatto/convivenza da unioni civili con persona che divenga "fiscalmente a carico" oppure ancora il riconoscimento di un figlio/figlia naturale, verranno comunicate entro 60 giorni dal verificarsi dell'evento costitutivo del diritto all'assistenza. La copertura decorre:

- 1 per il coniuge, dalla data del matrimonio;
- 2 per il convivente di fatto, dalla data di inizio della convivenza;
- 3 per il convivente da unione civile, dalla data dell'atto;
- 4 per il neonato figlio legittimo o naturale, dalla data del parto, fermo restando che la copertura è in questo caso operante non solo dal momento della nascita ma anche per interventi e terapie sul nascituro;
- 5 per figli/e adottivi o in affido preadottivo, dalla data del provvedimento

dell'Autorità competente che ha stabilito l'affido o l'adozione.

Le esclusioni dalla copertura non daranno luogo a rimborsi di contributi, fermo l'obbligo di comunicazione di esclusione. La Compagnia si obbliga - nei confronti dei soggetti che vengono esclusi dalla copertura - a garantire le prestazioni fino alla fine dell'annualità in corso.

11.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla prima scadenza utile.

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

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

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.

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 E 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'Assicurato⁶.

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

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.intesasampaolorbmsalute.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 competente⁷.

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 o l'Associato: è competente in via esclusiva il Foro di Roma
- 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.

⁶ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

⁷ D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.

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:

- **sul sito internet della Compagnia www.intesasanpaolorbmsalute.com**
- **tramite il percorso: Area riservata – Prodotti sanitari collettivi – Consultazione polizza in gestione Previmedical**
- inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri) di cui al punto successivo

può consultare il presente Contratto.

- **sul sito internet <https://webab.previmedical.it/arena-rbmsalute>**

con le credenziali di accesso, può:

- Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso (percorso “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. Coassicurazione

Intesa Sanpaolo RBM Salute assume, ai fini dell'esecuzione del presente Contratto e per l'intera durata dello stesso, la qualità di Incaricata e Poste Assicura e Allianz di Coassicuratrici, secondo le quote indicate di seguito:

- Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.a. - Incaricata - 60%
- Poste Assicura S.p.A. - Coassicuratrice - 30%
- Allianz S.p.A. – Coassicuratrice -10%

L'Incaricata, anche per conto delle Coassicuratrici, cura in tutte le fasi della Polizza ogni adempimento connesso con l'esecuzione della stessa.

Le Coassicuratrici sono solidalmente responsabili, anche ai fini del pagamento dell'indennità assicurata, in deroga all'art. 1911 Codice civile, nei confronti degli Assicurati. Tutte le comunicazioni relative al Contratto si intendono fatte o ricevute dalla Incaricata, in nome e per conto di tutte le Società Coassicuratrici.

All'Incaricata è corrisposta la quota di premio corrispondente ai costi per la gestione ed esecuzione della Polizza, per le attività svolte su incarico e in favore del Contraente, pari al 7%.

Art. 23. 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. 24. 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.

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

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni assicurate

A1) “Ricovero con intervento chirurgico”, Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto effettuato in istituto di cura o in ambulatorio



Nel caso di intervento chirurgico, effettuato in regime di ricovero anche diurno (Day Surgery) oppure ambulatorialmente, vengono riconosciute all'assistito – fino ad un limite annuo e per nucleo di € 250.000,00 - le seguenti spese:

1. visite specialistiche, esami, medicinali ed accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti il ricovero, anche al di fuori della rete convenzionata, se il quesito diagnostico indicato nella prescrizione della prestazione o dei medicinali sia riconducibile al motivo del ricovero;
2. spese di trasporto, con mezzo idoneo, all'istituto di cura o ambulatorio scelto dall'assistito; tale garanzia viene prestata con un limite di € 5.000,00 per evento ed include sia il trasporto al centro di primo soccorso sia l'eventuale successivo trasferimento, a discrezione dell'assistito, ad una struttura italiana o estera considerata dall'assistito stesso più comoda o adatta alla cura della specifica patologia.
3. spese per le rette di degenza – con limite di € 300,00 al giorno in caso di ricovero fuori rete -, l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, accertamenti diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; in aggiunta alla normale assistenza infermieristica che la struttura sanitaria garantisce a tutti i ricoverati, la polizza copre l'assistito per le eventuali spese per assistenza infermieristica personale, nel limite di € 26,00 al giorno, per un massimo di 30 giorni;
4. spese per gli onorari di tutti i componenti l'equipe chirurgica - quali determinati dal 1° operatore in base alla buona prassi medica - e del personale di sala

- operatoria; per i diritti di sala operatoria e per il materiale di intervento compresi gli apparecchi protesici o terapeutici applicati durante l'intervento;
5. spese per esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche anche a domicilio (le infermieristiche nel limite di € 26,00 al giorno, per un massimo di 30 giorni), per trattamenti fisioterapici e rieducativi acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (inclusi apparecchi per agevolare la deambulazione, quali stampelle e carrozzelle ortopediche), cure dentarie e ortodontiche e relative protesi necessarie a seguito di infortunio, cure termali (escluse spese alberghiere), effettuate nei 100 giorni successivi al ricovero purché attinenti la patologia che ha determinato il ricovero;
 6. in caso di trapianto di organi (o parte di essi) sono altresì riconosciute tutte le spese di ricovero relativo al donatore e gli accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali e rette di degenza; sono pure incluse le spese per il trasporto dell'organo.
 7. spese per vitto e pernottamento in istituto di cura di un accompagnatore dell'infermo fino alla concorrenza di € 75,00 giornaliere per un massimo di 30 giorni per evento (tale previsione vale anche per le spese sostenute all'estero).

Se tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero e del periodo pre e post ricovero sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, ossia nei soli casi in cui l'Assistito non richieda alcun rimborso in relazione all'evento, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un'indennità pari ad € 100,00 al giorno per una durata massima di 150 giorni ad evento. L'indennità sostitutiva è corrisposta integralmente anche per le forme che prevedono la franchigia per il caso di ricovero ospedaliero.

In caso di decesso dell'assistito a seguito di eventi indennizzabili ai sensi di polizza, vengono rimborsate le spese per il trasporto (ovvero rimpatrio se avvenuto all'estero) della salma con un massimo di € 3.000,00 per evento.

Si precisa che la permanenza al Pronto Soccorso nonché in reparto a seguito di intervento ambulatoriale non configura un Day Hospital chirurgico.

A2) Gravidanza e parto cesareo o naturale

Le spese mediche relative alla gravidanza (visite, ecografie ed accertamenti di qualunque tipo, anche sul nascituro) vengono riconosciute sempre al 100% senza il limite cronologico dei 100 giorni prima del ricovero per parto e senza l'applicazione delle franchigie e scoperti previste al di fuori del circuito sanitario convenzionato.

In caso di "parto cesareo" la Società rimborsa le spese con il limite massimo di € 6.000,00 per evento.

In caso di "parto fisiologico", la Società rimborsa le spese di cui sopra con il limite massimo di € 3.000,00 per evento.

Queste limitazioni non riguardano né le prestazioni sanitarie erogate alla madre per curare malattie da gravidanza e puerperio né gli interventi e terapie mediche – anche precedenti al parto – effettuati sul nascituro per correggere difetti o malformazioni.



A3) Aumenti di massimale per grandi interventi o trapianti di organi

Nel caso l'assistito debba sottoporsi ad uno dei GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI - intendendosi per tali solo quelli elencati nella Tabella "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI", allegato "C" al presente Contratto -, il massimale per anno e nucleo si intende elevato ad € 400.000,00. Nel solo caso di trapianto di organi il massimale viene prestato per evento ed elevato a € 500.000,00.

In aggiunta al riconoscimento delle spese sanitarie, se il ricovero per sottoporsi al Grande Intervento Chirurgico o trapianto viene programmato all'estero, le spese non strettamente sanitarie ma pertinenti l'evento di malattia – quali quelle per il viaggio e la permanenza all'estero dell'assistito e di un accompagnatore di sua scelta - vengono rimborsate all'80% col limite di € 20.000,00 per ricovero.

Se tutte le spese relative al periodo di ricovero per il Grande Intervento Chirurgico e del periodo pre e post ricovero sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, ossia nei soli casi in cui l'Assistito non richieda alcun rimborso in relazione all'evento, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un'indennità pari ad € 200,00 al giorno per una durata massima di 150 giorni ad evento.

A4) Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico

Nel caso di ricovero senza intervento, anche se effettuato in regime di ricovero diurno (Day Hospital), vengono riconosciute all'assistito – fino ad un limite annuo e per nucleo di € 150.000,00 - le seguenti spese:

1. visite specialistiche, esami, medicinali ed accertamenti diagnostici, compresi i relativi onorari medici, effettuati nei 100 giorni precedenti o successivi al ricovero, anche al di fuori della rete convenzionata, se il quesito diagnostico indicato nella prescrizione della prestazione o dei medicinali sia riconducibile al motivo del ricovero;
2. spese di trasporto, con mezzo idoneo, all'istituto di cura o ambulatorio scelto dall'assistito; tale garanzia viene prestata con un limite di € 5.000,00 per evento ed include sia il trasporto al centro di primo soccorso sia l'eventuale successivo trasferimento, a discrezione dell'assistito, ad una struttura italiana o estera considerata dall'assistito stesso più comoda o adatta alla cura della specifica patologia;
3. spese per le rette di degenza, - con limite di € 150,00 al giorno per i ricoveri in strutture non convenzionate - l'assistenza medica e infermieristica, per le cure, accertamenti diagnostici, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi, per medicinali e per esami post-intervento riguardanti il periodo di ricovero; in aggiunta alla normale assistenza infermieristica che la struttura sanitaria garantisce a tutti i ricoverati, la polizza copre l'assistito per le eventuali spese per assistenza infermieristica personale, nel limite di € 26,00 al giorno, per un massimo di 30 giorni;
4. spese per esami, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche anche a domicilio (le infermieristiche nel limite di € 26,00 al giorno, per un massimo di 30 giorni), per trattamenti fisioterapici e rieducativi,

- acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari (inclusi apparecchi per agevolare la deambulazione) effettuati nei 100 giorni successivi al ricovero purché direttamente conseguenti all'evento che ha causato il ricovero stesso;
5. spese per vitto in istituto di cura di un accompagnatore dell'infermo fino alla concorrenza di € 75,00 giornaliero per un massimo di 30 giorni per evento (tale previsione vale anche per le spese sostenute all'estero)

Se tutte le spese relative al periodo di ricovero ospedaliero e del periodo pre e post ricovero sono a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Nazionale, ossia nei soli casi in cui l'Assistito non richieda alcun rimborso in relazione al suddetto evento, verrà corrisposta, per ogni giorno di ricovero ospedaliero, un'indennità pari ad € 100,00 al giorno per una durata massima di 150 giorni. L'indennità sostitutiva è corrisposta integralmente anche per le forme che prevedono la franchigia per il caso di ricovero ospedaliero; In caso di decesso dell'assistito a seguito di eventi indennizzabili ai sensi di polizza, vengono rimborsate le spese per il trasporto (ovvero rimpatrio se avvenuto all'estero) della salma con un massimo di € 3.000,00.

A5) Aumento di massimale per Gravi patologie

Nel caso la patologia diagnosticata non sia trattabile tramite intervento chirurgico ma comporti il rischio di morte o di processi degenerativi gravemente o totalmente invalidanti, la copertura viene ampliata come segue:

- a) il massimale annuo è pari ad € 300.000,00;
- b) il rimborso di tutte le cure, inclusi gli eventuali medicinali, non è soggetto al limite dei 100 giorni precedenti e successivi al ricovero;
- c) sono ricompresi in garanzia – purché prescritti da un medico abilitato all'esercizio della professione secondo la legislazione del paese dove l'assistito è in cura – tutti i trattamenti, i medicinali ed i mezzi di cura forniti dalla ricerca scientifica purché contemplati da protocolli di cura.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per Ricoveri con intervento A1 e A2: 250.000,00 euro a nucleo

Aumento di massimale per grandi interventi o trapianti A3: 400.000,00 euro per grandi interventi chirurgici; 500.000,00 euro per trapianti di organi

Massimale annuo per A4 ricovero o day hospital senza intervento chirurgico: 150.000,00 euro

Aumento del massimale per gravi patologie: 300.000,00 euro

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 per ricoveri con o senza intervento

- Assistenza diretta: scoperto 10% minimo 700,00 euro massimo 4.000,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto 15% minimo di 2.000,00 euro massimo 7.000,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%
- regime misto:
 - Assistenza diretta: scoperto 10% minimo 700,00 euro massimo 4.000,00 euro
 - Regime rimborsuale: scoperto 15% minimo di 2.000,00 euro massimo 7.000,00 euro

Franchigie e scoperti per Day hospital/day surgery/intervento ambulatoriale

- Assistenza diretta: scoperto 10% minimo 700,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto 15% minimo di 1.000,00 euro massimo 7.000,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%
- regime misto:
 - Assistenza diretta: scoperto 10% minimo 700,00 euro
 - Regime rimborsuale: scoperto 15% minimo di 1.000,00 euro massimo 7.000,00 euro

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B1) Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione

Sono indennizzate, anche se indipendenti da ricovero, le spese per le seguenti prestazioni:



Amniocentesi, Chemioterapia, Cobaltoterapia, Dialisi, Diagnostica Radiologica, Ecografia, Ecocardiografia, Elettrocardiografia, Doppler, Elettroencefalografia, Laserterapia (solo a scopo fisioterapico), Risonanza Magnetica Nucleare, M.O.C., Scintigrafia, T.A.C., Telecuore, Angiografia, Arteriografia, Broncoscopia, Colonscopia, Duodenoscopia, Ecodoppler, Endoscopia (esclusa quella estetica), Esofagoscopia, Gastrosopia, Holter, Mielografia, Radionefrogamma, Radio Terapia compreso Cobalto Terapia, Terapia Interferonica, Urografia, Xerografia.

In aggiunta alle prestazioni sopra specificatamente elencate, questa garanzia è fin d'ora operante, in relazione alle patologie di tipo oncologico, per qualunque trattamento e terapia, compresi quelli futuri ed innovativi, purché prescritti da un medico abilitato all'esercizio della professione secondo la legislazione del paese dove l'assistito è in cura e contemplati da protocolli di cura.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 3.000,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% con franchigia di € 24,00; nessuno scoperto/franchigia per chemioterapia, radioterapia (compreso cobaltoterapia) e dialisi
- Regime rimborsuale: scoperto del 35% con franchigia minima pari a € 35,00; nessuno scoperto/franchigia per chemioterapia, radioterapia (compreso cobaltoterapia) e dialisi
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

B2) Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali

Sono indennizzate le spese:

- 1) per accertamenti diagnostici prescritti dal medico curante o specialista (compresi gli onorari dei medici);
- 2) per visite e prestazioni specialistiche ambulatoriali e/o domiciliari, (compresi gli onorari dei medici);
- 3) per trattamenti fisioterapici e riabilitativi (incluse spese per il noleggio di apparecchiature sanitarie per trattamenti fisioterapici a domicilio) determinati da infortunio certificato da pronto soccorso entro sette giorni dall'evento o prescritti dal medico curante a seguito di ictus o infarto. Queste prestazioni devono essere effettuate in forma diretta presso i centri convenzionati.

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 3.000,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 25% con franchigia di € 24,00;
- Regime rimborsuale: scoperto del 35% con franchigia minima pari a € 35,00;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

B3) Cure dentarie da infortunio (garanzia non prevista per i quiescenti)

Sono indennizzate le spese per le cure dentarie e ortodontiche e relative protesi rese necessarie a seguito di infortunio anche qualora l'infortunio non abbia causato il ricovero. L'evento traumatico deve essere certificato dal Pronto Soccorso entro 7 giorni dall'infortunio,

La certificazione della necessità di cure dentarie da infortunio deve essere rilasciata dal Pronto soccorso o da altra struttura del SSN.

Regimi e condizioni di erogazione**Massimali**

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

Regimi di erogazione

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

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15% con minimo di 100,00 euro a fattura
- Regime rimborsuale: scoperto del 15% con minimo di 100,00 euro a fattura
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

B4) Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica (garanzia non prevista per i quiescenti)

Sono indennizzate le sole spese sostenute nelle strutture mediche convenzionate per:

1. cure dentarie conservative, ad esclusione dell'igiene orale;
2. estrazioni ed otturazioni;
3. prestazioni stomatologiche e odontoiatriche, incluse protesi e ortodontiche.

La Compagnia dovrà richiedere la documentazione necessaria esclusivamente alla struttura medica convenzionata.

È inoltre previsto, senza applicazione di scoperti e franchigie, il riconoscimento, una volta all'anno e per ciascuna persona assicurata, di una seduta di igiene orale e visita di prima

valutazione effettuata in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla centrale operativa, previa prenotazione.

Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 800,00 euro a nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 20% con minimo di 120,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

B5) Pacchetto prevenzione odontoiatrica

Sono indennizzate le sole spese sostenute nelle strutture mediche convenzionate per:

- a) pacchetto prevenzione con franchigia di € 25,00 che comprende le seguenti prestazioni da effettuarsi in un'unica soluzione:

1. Prima visita odontoiatrica;
2. Ablazione tartaro;
3. Fluoroprofilassi;
4. Ortopantomografia o radiografia endorale, se ritenuto necessario dal medico in sede di visita.

Le prestazioni sono effettuabili una volta per anno per un solo componente del nucleo, sia esso il dipendente o persona facente parte del nucleo familiare.

- b) Otturazione semplice, con il limite di due prestazioni per anno e franchigia di € 25,00 per otturazione.

Inoltre, l'Assicurato potrà avere accesso a tutte le prestazioni offerte dall'odontoiatra con prezzo scontato.

C) ALTRE SPESE MEDICHE

1. PROTESI ANATOMICHE APPARECCHI ACUSTICI

1.1 Prestazioni

Sono indennizzate le spese per l'acquisto/riparazione/sostituzione di ausili sanitari prescritti da un medico (quali ad esempio protesi anatomiche, stampelle, corsetti gessati ed apparecchi acustici).



1.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

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

Regimi di erogazione

- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Regime rimborsuale: scoperto del 20% minimo 50,00 euro
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%.**

2. TICKET PER UTILIZZO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

I Ticket del SSN relativi a tutte le prestazioni coperte dalla garanzia vengono rimborsati al 100%. Sono comunque esclusi dal rimborso i ticket relativi ai medicinali mutuabili, salvo che nei 100 giorni precedenti e successivi ad un ricovero

Art. 25. Estensioni di garanzia

Sono ricomprese in copertura le Malattie (anche croniche e recidivanti) e gli Infortuni che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, prima della data di decorrenza della copertura nei confronti dell'Assicurato.



CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 26. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

1. intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo che non si tratti di somministrazione terapeutica non conseguente ad assunzione volontaria), allucinogeni e simili. Sono comunque rimborsabili le spese per cure di disintossicazione e relativi ricoveri nei limiti previsti nella sezione A del presente contratto;
2. gli infortuni sofferti in caso di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);
3. le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche - salvo che non si tratti di radiazioni utilizzate per terapie mediche;
4. conseguenze di guerre, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni;
5. prestazioni aventi finalità estetiche, cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni non congenite preesistenti alla data di inclusione in garanzia di ciascun assicurato. Restano però compresi in copertura le seguenti due tipologie di ricoveri ricostruttivi:
 - a) i ricoveri ospedalieri per interventi chirurgici stomatologici e di chirurgia plastica ricostruttiva, resi necessari da infortunio verificatosi successivamente alla data di inclusione in garanzia di ciascun assicurato;
 - b) i ricoveri ospedalieri per ricostruzioni chirurgiche a seguito di interventi asportativi (direttamente riconducibili alla patologia) verificatisi successivamente alla data di inclusione in garanzia di ciascun assicurato.
6. malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e depressive, nonché quelle riferibili ad "esaurimento nervoso", psicoterapia e psicoanalisi;
7. agopuntura non effettuata da medico;
8. Fecondazione artificiale.

Art. 27. Persone non assicurabili

L'assicurazione vale per le persone di età non superiore a 75 anni.

Art. 28. Limiti delle prestazioni (per tutte le persone assicurate)

La copertura assicurativa vale durante il servizio militare in tempo di pace in seguito a richiamo per ordinarie esercitazioni; è invece sospesa durante il servizio di leva o il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazioni o per motivi di carattere eccezionale e riprende vigore non appena cessate le suddette cause di sospensione.

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 29. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

29.1 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'Indennizzo⁸.

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

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

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

Assistenza diretta

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

Regime rimborsuale/Corresponsione di Indennità

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione
- assenza di fattura/documentazione di spesa

⁸ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- Massimale esaurito
- presentazione di una nuova richiesta di rimborso per una fattura già presentata a rimborso/rimborsata
- presentazione di una richiesta di indennità già richiesta/liquidata
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

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

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

Data del Sinistro

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

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre compagnie

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

Lingua della documentazione

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

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

L'accertamento può essere disposto

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

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della copertura l'Assicurato decede

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

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

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

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

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

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

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

Prestazioni Intramoenia

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

Prestazioni tra due annualità assicurative

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post Ricovero/Day hospital

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

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

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

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

29.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di Assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Fermo restando gli scoperti e le franchigie a carico degli Assicurati previsti nel presente Contratto, il riconoscimento delle spese mediche coperte dalla garanzia può avvenire, a scelta dell'assicurato, nella forma dell'assistenza diretta. Il servizio di pagamento diretto può essere richiesto:

- a) in caso di ricovero (con o senza pernottamento, incluso quindi Day Hospital e

Day Surgery);

- b) in caso di interventi ambulatoriali;
- c) per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione;
- d) Per visite specialistiche ed altri accertamenti diagnostici.

Il servizio di pagamento diretto può essere richiesto, inoltre, per qualsiasi prestazione prevista dal piano sanitario.

- La richiesta può essere avanzata attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati: **800.99.48.83** da telefono fisso (numero verde); - **+39 0422.17.44.071** da telefono cellulare e per chiamate dall'estero.
- Mail: centraleoperativa.agenziaiscossione@previmedical.it

Per accedere al servizio di assistenza diretta la richiesta del servizio deve avvenire almeno 2 giorni lavorativi prima rispetto alla data prevista per la prestazione/ricovero; la Centrale operativa deve essere comunque a disposizione per intervenire, quando è possibile, anche in situazioni impreviste di urgenza.

Nel corso del primo contatto, l'Assicurato deve indicare gli estremi della polizza, la Struttura sanitaria convenzionata prescelta e l'equipe medica della quale intende avvalersi (la Centrale operativa è così messa in condizione di verificare se l'equipe medica sia convenzionata, avuto riguardo all'esistenza o meno di un convenzionamento con il primo operatore o con il medico titolare del ricovero). L'Assicurato deve inoltre fornire i recapiti telefonici per essere successivamente ricontattato.

La scelta della Struttura sanitaria e del medico spetta sempre all'Assicurato.

La Centrale operativa è peraltro a disposizione per fornire informazioni sulla rete di strutture sanitarie e di Medici convenzionati.

La successiva trasmissione della certificazione medica alla Centrale operativa e l'eventuale colloquio telefonico con il medico della Centrale operativa stessa.

Successivamente al primo contatto – e comunque almeno 2 giorni prima del ricovero – l'Assistito deve trasmettere alla Centrale operativa, via email o per il tramite del portale web, la certificazione medica attestante la diagnosi e la tipologia di prestazione sanitaria richiesta.

Quando occorra, l'Assistito verrà contattato da un medico della Centrale operativa per l'acquisizione di ulteriori informazioni.

La risposta della Centrale operativa

Dopo aver verificato, sulla base di quanto emerso a seguito del primo contatto, della certificazione medica e dell'eventuale colloquio con il medico, che la garanzia assicurativa è nella fattispecie operante, la Centrale operativa conferma in forma scritta all'Assicurato l'accesso al servizio di assistenza diretta alla Struttura sanitaria e alla equipe medica convenzionate, evidenziando contestualmente eventuali delimitazioni di garanzia previste dal contratto, quali franchigie, scoperti, limiti di indennizzo e limiti di massimale.

Se la Centrale operativa ritiene, per quanto valutato in base alle informazioni

ricevute, di escludere, nella fattispecie, l'operatività della garanzia, ovvero di non poter formulare un giudizio in merito, ne dà notizia in forma scritta all'Assicurato, chiarendo i motivi alla base di tale decisione.

Successivamente, l'Assicurato potrà comunque inviare la certificazione delle spese sostenute alla Centrale operativa, unitamente alla relativa documentazione medica, per richiedere l'indennizzo tramite rimborso delle spese. La Società assicuratrice provvederà a un'ulteriore valutazione del caso sulla base della documentazione complessivamente acquisita e a corrispondere l'indennizzo, se dovuto.

L'accesso alla struttura convenzionata: la sottoscrizione dell'Assicurato del modulo di autorizzazione al pagamento diretto e della dichiarazione alla Società assicuratrice

Per usufruire del servizio di pagamento diretto, fermo restando gli scoperti e le franchigie previste nel presente contratto a carico dell'Assicurato, questi, all'atto dell'accesso alla Struttura sanitaria convenzionata, deve controfirmare il documento di autorizzazione, inviato dalla Centrale operativa alla Struttura sanitaria, ove sono specificate le spese direttamente liquidabili dalla Società assicuratrice e quelle non indennizzabili.

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

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza

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

Dati da fornire

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

Documenti da trasmettere

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi o la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata:
 - prestazioni diverse da quelle sopra indicate: 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.

La prescrizione medica non è richiesta per le prestazioni di prevenzione 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.

- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dalla polizza, in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi simili, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- **in caso di gravidanza a rischio:** certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN

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

Come trasmettere i documenti:

- da portale web o con l'app mobile

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

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

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

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

b) Mancata attivazione della Centrale Operativa

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

c) Dopo l'esecuzione della prestazione

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

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

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

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

- l'Assicurato o altro soggetto legittimato può chiedere il rilascio dell'autorizzazione 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 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'evento.

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

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

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

29.3 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**; 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 (o 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, ossia di predisposizione della lettera di liquidazione, e non di accredito) all'Assicurato entro 45 giorni lavorativi 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 spese sanitarie** (www.intesasampaolorbmsalute.com). 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. le richieste di rimborso **per cure dentarie** dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
8. in caso di **trattamenti fisioterapici:**
 - i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
 - ii. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione.

Le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine della cura.

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

- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'Infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**; è comunque sempre necessaria la **prescrizione medica dell'odontoiatra**.

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 <https://webab.previmedical.it/arena-rbmsalute>
- 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 articoli⁹:

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

Art. 8 - Altre assicurazioni/coperture

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. 26 - Esclusioni

Art. 27 - Persone non assicurabili

Art. 29 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

⁹ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.

Allegato "A" – NORME TARIFFARIE

A1 - Piano sanitario per i dipendenti in servizio dal 1° agosto 2024

Categoria	Tariffa	Garanzia
dipendente in servizio	Importo pro capite annuo a carico di AdER pari a € 1.485,00 comprensivo delle imposte vigenti	totale
<i>Fiscalmente a carico</i> coniuge, convivente di fatto, convivente da unioni civili e figli/e fino a 26 anni, anche se non conviventi, oltre i 26 anni se invalidi al 100%	• Inclusi nel contributo versato da AdeR	totale

Il versamento dei premi avverrà secondo le previsioni di cui all'Art. 10 Pagamento del premio anagrafica

A2 - Piano sanitario per gli equiparati ai dipendenti dal 1° agosto 2024

Categoria	Tariffa	Garanzia
equiparati ai dipendenti	Importo pro capite annuo a loro carico pari a 1.485,00 comprensivo delle imposte vigenti	pari a quelle del dipendente
<i>Fiscalmente a carico</i> coniuge, convivente di fatto, convivente da unioni civili e figli/e fino a 26 anni, anche se non conviventi, oltre i 26 anni se invalidi al 100%	• Inclusi nell'importo	pari a quelle del dipendente

Il versamento delle quote sarà effettuato direttamente dall'Assistito alla Cassa.

A3 - Piano sanitario per i pensionati dal 1° agosto 2024

Categoria	Tariffa	Garanzie
Pensionato (Età max 75 anni)	importo annuo pari ad € 2.200,00 a carico del pensionato, comprensivo delle imposte vigenti	pari a quelle del dipendente ad esclusione di quanto previsto all'art. 24 descrizione delle prestazioni assicurate punto B3 e B4
<i>Fiscalmente a carico</i> coniuge, convivente di fatto, convivente da unioni civili e figli/e fino a 26 anni, anche se non conviventi, e oltre i 26 anni se invalidi al 100%	Inclusi nell'importo a carico del pensionato	pari a quelle del dipendente ad esclusione di quanto previsto all'art. 24 descrizione delle prestazioni assicurate punto B3 e B4

Il versamento delle quote sarà effettuato direttamente dall'Assistito alla Cassa.

Allegato "B" – FAC SIMILE REPORTISTICA

Andamento tecnico – Sintesi

	PREMIO IMPONIBILE	PAGATO	SX RISERVATI (OSR)	SX TARDIVI (IBNR)	SINISTRI COMPLESSIVI	S/P	RISULTATO TECNICO
1° Bim.							
2° Bim.							
3° Bim.							
4° Bim.							
5° Bim							
6° Bim							
Tot. Anno							

Andamento tecnico – Per garanzia

RICHIESTO PAGATPOLIZZA	TIPO PRESTAZIONE	GARANZIA	NETWORK	N. PRESTAZIONI	RICHIESTO	PAGATO	
31010020	OSPEDALIERE	RICOVERO SENZA INTERVENTO	DI				
			IN				
		RICOVERO CON INTERVENTO	DI				
			IN				
		INTERVENTO AMBULATORIALE	DI				
			IN				
		DIARIA	IN				
		DH SENZA INTERVENTO	DI				
			IN				
		DH CON INTERVENTO	DI				
			IN				
		ALTRO (accompagnatore, trasporto e rimpatrio salma, etc)	DI				
			IN				
		OSPEDALIERE Totale				0	0,00
	EXTRAOSPEDALIERE	VISITE SPECIALISTICHE	DI				
			IN				
		TERAPIE ORTOPEDICHE	DI				
			IN				
		PROTESI/PRESIDI	IN				
		MEDICINALI	IN				
		CURE ONCOLOGICHE	DI				
		ALTA DIAGNOSTICA	DI				
			IN				
		ACCERTAMENTI/PRESTAZIONI MEDICHE	DI				
			IN				
	EXTRAOSPEDALIERE Totale				0	0,00	0,00
	Totale complessivo				0	0,00	0,00

Ai due report di sintesi generale, dovranno essere allegati i report di dettaglio, così suddivisi:

- andamento tecnico di sintesi e per garanzia - dipendenti
- andamento tecnico di sintesi e per garanzia - familiari dei dipendenti fiscalmente a carico
- andamento tecnico di sintesi e per garanzia - familiari dei dipendenti non fiscalmente a carico (se presentato dal Fornitore in sede di offerta tecnica)
- andamento tecnico di sintesi e per garanzia - pensionati
- andamento tecnico di sintesi e per garanzia - familiari dei pensionati fiscalmente a carico

Allegato "C" – TABELLA "GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI"**ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI CHIRURGIA****GENERALE****COLLO**

- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne senza o con svuotamento latero-cervicale mono o bilaterale
- Resezioni e plastiche tracheali
- Faringo-laringo-esofagectomia totale con faringoplastica per carcinoma dell'ipofaringe e dell'esofago cervicale

ESOFAGO

- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale
- Resezione di diverticoli del l'esofago toracico con o senza miotomia
- Esofago cervicale: resezione con ricostruzione con auto trapianto di ansa intestinale
- Esofagectomia mediana con duplice o triplice via di accesso (toraco-laparotomica o toraco- laparo- cervicotomica) con esofagoplastica intratoracica o cervicale e linfadenectomia
- Esofagogastroplastica, esofagodigiunoplastica, esofagocolonplastica
- Esofagectomia a torace chiuso con esofagoplastica al collo e linfadenectomia
- Esofagectomia per via toracoscopica
- Interventi per lesioni traumatiche o spontanee dell'esofago
- Miotomia esofago-cardiale extramucosa e plastica antireflusso per via tradizionale o laparoscopica per acalasia cardiale
- Enucleazione di leiomiomi dell'esofago toracico per via tradizionale o toracosopia
- Deconnessioni azygos portal per via addominale e/o transtoracica per varici esofagee

TORACE

- Mastectomia radicale con dissezione ascellare e/o sopraelaveare e/o mediastiniea
- Asportazione chirurgica di cisti e tumori del mediastino
- Timectomia per via toracica o toracoscopica
- Lobectomie, bilobectomie e pneumonectomie
- Pleurectomie e pleuropneumonectomie
- Loheetomie e resezioni segmentarie o atipiche per via toracoscopica
- Resezioni bronchiali con reimpianto

- Trattamento chirurgico di fistole post chirurgiche
- Toracoplastica: I e II tempo
- Exeresi per tumori delle coste o dello sterno

PERITONEO

- Intervento di esportazione di tumori retroperitoneali

STOMACO - DUODENO - INTESTINO TENUE

- Intervento di plastica antireflusso per ernia iatale per via laparoscopica
- Gastrectomia totale con linfadenectomia
- Interventi di riconversione per dumping syndrome
- Gastrectomia prossimale cd esofagectomia subtotale per carcinoma del cardias
- Gastrectomia totale ed esofagectomia distale per carcinoma del cardias
- Resezione intestinale per via laparoscopica

COLON - RETTO

- Emicolectomia destra e linfadenectomia per via laparoscopica
- Colectomia totale con ileorettoanastomosi senza o con ileostomia
- Resezione rettocolica anteriore e linfadenectomia tradizionale o per via laparoscopica
- Resezione rettocolica con anastomosi colo-anale per via tradizionale o laparoscopica
- Proctocolectomia con anastomosi ileo-anale e reservoir ileale per via tradizionale o laparoscopica
- Amputazione del retto per via addomino-perineale
- Microchirurgia endoscopica transanale
- Ricostruzione sfinteriale con gracileplastica

FEGATO E VIE BILIARI

- Resezioni epatiche maggiori e minori
- Resezioni epatiche per carcinoma della via biliare principale
- Colectomia laparoscopica con approccio operatorio sul coledoco con colangiografia intraoperatoria
- Anastomosi buio-digestive
- Reinterventi sulle vie biliari
- Chirurgia dell'ipertensione portale:
 - a) interventi di derivazione
 - anastomosi porto-cava
 - anastomosi spieno-renale
 - anastomosi mesenterico-cava

b) interventi di devascolarizzazione

- legatura delle varici per via toracica e/o addominale
- transezione esofagea per via toracica
- transezione esofagea per via addominale
- deconnessione azygos portale con anastomosi gastro digiunale
- transezione esofagea con devascularizzazione paraesofago-gastrica

PANCREAS - MILZA – SURRENE

- duodenocefalo-pancreatectomia con o senza linfadenectomia
- Pancreatectomia totale con o senza linfadenectomia
- derivazioni pancreato-Wirsung digestive
- Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

- Condilectomia monolaterale e bilaterale con condiloplastica per anchilosi dell'articolazione temporo-mandibolare
- Terapia chirurgica delle fratture del mascellare superiore (orbito-zigomatiche comprese)
- Terapia chirurgica dei fracassi dello scheletro facciale
- Trattamento chirurgico semplice o combinato delle anomalie della mandibola e del mascellare superiore
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Ricostruzione della mandibola con innesti ossei
- Ricostruzione della mandibola con materiale alloplastico

CARDIOCHIRURGIA

- Ablazione transcatetere
- Angioplastica coronarica
- By-pass aorto-coronarico
- Intervento per cardiopatie congenite o malformazioni grossi vasi non escluse dalla garanzia
- Commissurotomia per stenosi mitralica
- Interventi per corpi estranei o tumori cardiaci
- Pericardiectomia totale
- Resezione cardiaca
- Sostituzione valvolare con protesi
- Sutura del cuore per ferite
- Valvuloplastica

NEUROCHIRURGIA

- Craniotomia per lesioni traumatiche cerebrali
- Craniotomia per malformazioni vascolari non escluse dalla garanzia
- Craniotomia per ematoma intracerebrale spontaneo

- Craniotomia per ematoma intracerebrale da rottura di malformazione vascolare non esclusa dalla garanzia
- Trattamento endovascolare di malformazioni aneurismatiche o artero venose non escluse dalla garanzia
- Microdecompressioni vascolari per: nevralgie trigeminali, emispasmo facciale, ipertensione arteriosa essenziale
- Craniotomia per neoplasie endocraniche sopra e sotto tentoriali
- Craniotomia per neoplasie endoventricolari
- Approccio transfenoidale per neoplasie della regione ipofisaria
- Biopsia cerebrale per via stereotassica
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica
- Derivazione ventricolare interna ed esterna
- Craniotomia per ascesso cerebrale
- Intervento per epilessia focale
- Cranioplastiche ricostruttive
- Intervento per ernia discale cervicale o mielopatie e radiculopatie cervicali
- Interventi per ernia discale toracica
- Interventi per ernia discale lombare
- Laminectomia decompressiva ed esplorativa
- Trattamento endovasale delle malformazioni vascolari midollari
- Intervento chirurgico per neoplasie dei nervi periferici

CHIRURGIA VASCOLARE

- Interventi sull'aorta toracica e/o addominale
- Interventi sull'aorta addominale e sulle arterie iliache (mono o bilaterali)
- Interventi sull'arteria succlavia, vertebrale o carotide extracranica (monolaterali)
- Interventi sulle arterie viscerali o renali
- Interventi sulle arterie dell'arto superiore o inferiore (monolaterali)
- Interventi di rivascolarizzazione extra-anatomici
- Trattamento delle lesioni traumatiche dell'aorta
- Trattamento delle lesioni traumatiche delle arterie degli arti e del collo
- Reinterventi per ostruzione di TEA o by-pass
- Intervento per fistola aorto-enterica
- Interventi sulla vena cava superiore o inferiore
- Trombectomia venosa iliaco-femorale (monolaterale)
- Trattamento dell'elefantiasi degli arti

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Trattamento dell'atresia dell'esofago
- Trattamento di stenosi tracheali
- Trattamento di ernie diaframmatiche
- Trattamento delle atresie delle vie biliari
- Intervento per megacolon
- Intervento per atresia anale
- Intervento per megauretere

CHIRURGIA ORTOPEDICA

- Artrodesi grandi segmenti
- Artrodesi vertebrale per via anteriore
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artroprotesi di spalla
- Artroprotesi di anca parziale e totale
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Ricostruzione-osteosintesi frattura emibacino
- Emipelvectomy
- Riduzione cruenta e stabilizzazione spondilolistesi
- Osteosintesi vertebrale
- Trattamento cruento dei tumori ossei

CHIRURGIA UROLOGICA

- Nefrolitotriassia percutanea (PVL)
- Litotriassia extracorporea
- Nefrectomia polare
- Nefrectomia allargata
- Nefroureterectomia
- Derivazione urinaria con interposizione intestinale
- Estrofia vescicale e derivazione
- Cistectomia totale con derivazione urinaria e neovescica con segmento intestinale ortotopica o eterotopica
- Fistola vescico-vaginale, uretero-vescico-vaginale, vagino-intestinale
- Plastica antireflusso bilaterale e monolaterale
- Enterocistoplastica di allargamento
- Orchiectomia con linfadenectomia pelvica e/o lombo aortica
- Prostatectomia radicale con linfadenectomia
- Plastiche per incontinenza femminile
- Resezione uretrale e uretrorrafia
- Amputazione totale del pene e adenolinfectomia emasculatio totale
-

CHIRURGIA GINECOLOGICA

- Vulvectomy allargata con linfadenectomy
- Creazione di vagina artificiale
- Exenteratio pelvica
- Isterectomy radicale per via addominale con o senza linfadenectomy
- Isterectomy radicale per via vaginale
- Interventi sulle tube in microchirurgia
- Laparotomy per ferite o rotture uterine
- Isterectomy per via laparoscopica

CHIRURGIA OCULISTICA

- Vitrectomy anteriore e posteriore
- Trapianto corneale a tutto spessore
- Iridocicloretrazione
- Trabeculectomy
- Cerchiaggio per distacco di retina

CHIRURGIA OTORINOLARINGOIATRICA

- Parotidectomy con conservazione del facciale
- Asportazione della parotide per neoplasie maligne con svuotamento
- Interventi ampiamente demolitivi per neoplasie maligne della lingua, del pavimento orale e della tonsilla con svuotamento ganglionare
- Asportazione tumori parafaringei
- Svuotamento funzionale o demolitivo del collo
- Chirurgia dell'otite colesteatomatosa
- Neurectomy vestibolare
- Interventi per recupero funzionale del VII nervo cranico
- Exeresi di neurinoma dell'VIII nervo cranico.
- Exeresi di paraganglioma timpano-giugulare
- Petrosectomy
- Laryngectomy sopraglottica o subtotale
- Laryngectomies parziali verticali
- Laryngectomy e faringolaryngectomy totale
- Exeresi fibrangioma rinofaringeo
- Resezioni del massiccio facciale per neoformazioni maligne

Si considerano "Interventi di alta chirurgia" anche:

- il trapianto e l'espianto di organi;
- il ricovero in reparto di terapia intensiva (cosiddetta rianimazione)

**Allegato "D": Scheda riassuntiva
AGENZIA DELLE ENTRATE - RISCOSSIONE**

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 evento.

Opzione Dipendenti	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
(A) AREA RICOVERO	
A.1 Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto Massimale Pre/post Accompagnatore Trasporto sanitario Trasporto/Rimpatrio Salma Indennità sostitutiva	€ 250.000,00 100 gg / 100 gg € 75,00 al giorno per 30 giorni € 5.000,00 per evento € 3.000,00 per evento € 100,00 al giorno per 150 giorni
Retta di degenza	300,00 euro al giorno per ricoveri a rimborso
Assistenza infermieristica personale	26,00 euro al giorno per massimo 30 giorni
A.2 Gravidanza e Parto cesareo o naturale Spese mediche in gravidanza Sub massimali: Parto cesareo programmato Parto naturale	100% € 6.000,00 per evento € 3.000,00 per evento
A.3 Aumenti di massimale per Grandi Interventi o trapianti di organi Massimale Grandi Interventi Chirurgici Massimale Trapianti di organi Ulteriori spese per Grandi Interventi Chirurgici Indennità sostitutiva Grandi Interventi Chirurgici	€ 400.000,00 € 500.000,00 Rimborso 80%, limite € 20.000,00 per ricovero € 200,00 al giorno per 150 giorni
A.4 Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico Massimale Pre/post Accompagnatore Trasporto sanitario Trasporto/Rimpatrio Salma Indennità sostitutiva	€ 150.000,00 100 gg / 100 gg € 75,00 al giorno per 30 giorni € 5.000,00 per evento € 3.000,00 € 100,00 al giorno per 150 giorni
Retta di degenza	150,00 euro al giorno per ricoveri in strutture non convenzionate
Assistenza infermieristica personale	26,00 euro al giorno massimo 30 giorni
A.5 Aumento di massimale per Gravi patologie Massimale Gravi patologie Pre /post	€ 300.000,00 Senza limite
A.6 Franchigie e Scoperti Condizioni: - Assistenza diretta • Ricoveri con o senza intervento • Day Hospital/Day Surgery/Int. Ambulatoriale - Regime rimborsuale • Ricoveri con o senza intervento • Day Hospital/Day Surgery/Int. Ambulatoriale - Regime misto: Struttura in rete Equipe fuori rete - Ticket	Scoperto 10% minimo 700,00 euro massimo 4.000,00 euro scoperto 10% minimo 700,00 euro Scoperto 15% minimo 2.000,00 euro massimo 7.000,00 euro Scoperto 15% minimo 1.000,00 euro massimo 7.000,00 euro come assistenza diretta Come regime rimborsuale 100%

(B) PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI	
B.1 Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione Massimale Condizioni - assistenza diretta - Regime rimborsuale - Regime rimborsuale per chemioterapia, radioterapia e dialisi - Ticket	€ 3.000,00 euro scoperto 15% minimo 24,00 euro Scoperto 35% minimo 35,00 euro 100% 100%
B.2 Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali Massimale Condizioni - assistenza diretta - Regime rimborsuale - Ticket	3.000,00 euro scoperto 25% minimo 24,00 euro Scoperto 35% minimo € 35,00 100%
B.3 Cure dentarie da infortunio Massimale Condizioni - assistenza diretta - Regime rimborsuale - Ticket	2.500,00 euro Scoperto 15% minimo € 100,00 a fattura Scoperto 15% minimo € 100,00 a fattura 100%
B.4 Cure dentarie e prevenzione odontoiatrica Massimale Condizioni cure dentarie 1 seduta di igiene orale e visita di prima valutazione - Assistenza diretta - Ticket	800,00 euro 1 volta l'anno per persona al 100% scoperto 20% minimo 120,00 euro 100%
B.5 Prevenzione Odontoiatrica - A) pacchetto prevenzione - 1. Prima visita odontoiatrica; - 2. Ablazione tartaro; - 3. Fluoroprofilassi; - 4. Ortopantomografia o radiografia endorale, se ritenuto necessario dal medico in sede di visita. Condizioni: - assistenza diretta - B) otturazione Condizioni: - assistenza Diretta	Una volta l'anno Franchigia 25,00 euro Limite di due prestazioni all'anno Franchigia 25,00 euro per otturazione
(C) ALTRE SPESE MEDICHE	
C.1 Spese per protesi anatomiche, apparecchi acustici Massimale Condizioni - Regime rimborsuale - Ticket	€ 2.500,00 Scoperto 20% minimo € 50,00 100%

Opzione Pensionati	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
(A) AREA RICOVERO	
A.1 Ricovero con intervento chirurgico, Day Hospital chirurgico, intervento ambulatoriale, parto cesareo ed aborto Massimale Pre/post Accompagnatore Trasporto sanitario	€ 250.000,00 100 gg / 100 gg € 75,00 al giorno per 30 giorni € 5.000,00 per evento

Trasporto/Rimpatrio Salma Indennità sostitutiva	€ 3.000,00 per evento € 100,00 al giorno per 150 giorni
Retta di degenza	300,00 euro al giorno per ricoveri a rimborso
Assistenza infermieristica personale	26,00 euro al giorno per massimo 30 giorni
A.2 Gravidanza e Parto cesareo o naturale Spese mediche in gravidanza Sub massimali: Parto cesareo programmato Parto naturale	100% € 6.000,00 per evento € 3.000,00 per evento
A.3 Aumenti di massimale per Grandi Interventi o trapianti di organi Massimale Grandi Interventi Chirurgici Massimale Trapianti di organi Ulteriori spese per Grandi Interventi Chirurgici Indennità sostitutiva Grandi Interventi Chirurgici	€ 400.000,00 € 500.000,00 Rimborso 80%, limite € 20.000,00 per ricovero € 200,00 al giorno per 150 giorni
A.4 Ricovero o Day Hospital senza intervento chirurgico Massimale Pre/post Accompagnatore Trasporto sanitario Trasporto/Rimpatrio Salma Indennità sostitutiva	€ 150.000,00 100 gg / 100 gg € 75,00 al giorno per 30 giorni € 5.000,00 per evento € 3.000,00 € 100,00 al giorno per 150 giorni
Retta di degenza	150,00 euro al giorno per ricoveri in strutture non convenzionate
Assistenza infermieristica personale	26,00 euro al giorno massimo 30 giorni
A.5 Aumento di massimale per Gravi patologie Massimale Gravi patologie Pre /post	€ 300.000,00 Senza limite
A.6 Franchigie e Scoperti Condizioni: - Assistenza diretta • Ricoveri con o senza intervento • Day Hospital/Day Surgery/Int. Ambulatoriale - Regime rimborsuale • Ricoveri con o senza intervento • Day Hospital/Day Surgery/Int. Ambulatoriale - Regime misto: Struttura in rete Equipe fuori rete - Ticket	Scoperto 10% minimo 700,00 euro massimo 4.000,00 euro scoperto 10% minimo 700,00 euro Scoperto 15% minimo 2.000,00 euro massimo 7.000,00 euro Scoperto 15% minimo 1.000,00 euro massimo 7.000,00 euro come assistenza diretta Come regime rimborsuale 100%
(B) PRESTAZIONI AMBULATORIALI E DOMICILIARI	
B.1 Spese per accertamenti diagnostici e terapie di alta specializzazione Massimale Condizioni - assistenza diretta - Regime rimborsuale - Regime rimborsuale per chemioterapia, radioterapia e dialisi - Ticket	€ 3.000,00 euro scoperto 15% minimo 24,00 euro Scoperto 35% minimo 35,00 euro 100% 100%
B.2 Spese per visite specialistiche, diagnostica ordinaria, cure domiciliari ed ambulatoriali Massimale Condizioni - assistenza diretta - Regime rimborsuale - Ticket	3.000,00 euro scoperto 25% minimo 24,00 euro Scoperto 35% minimo € 35,00 100%



C) ALTRE SPESE MEDICHE	
C.1 Spese per protesi anatomiche, apparecchi acustici Massimale Condizioni - Regime rimborsuale - Ticket	€ 2.500,00 Scoperto 20% minimo € 50,00 100%

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

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

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

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

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

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

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

Categorie di Dati Personali

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

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

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

Finalità e base giuridica del trattamento

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

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

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

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

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

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

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

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per favorire l'eventuale invio di avvisi e comunicazioni tra Lei ed 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

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

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

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.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. Socio Unico: 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.

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@intesasnpaolorbmsalute.com
comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.com

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