

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

**Grassetto:** parole e concetti di particolare rilievo

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

Box blu: esempi

## Sezione I

### GLOSSARIO

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

**Anagrafica:** file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

**Assicurato:** chi è protetto dall'assicurazione, i dirigenti in servizio.

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

**Assistenza diretta:** regime per cui l'Assicurato

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale Operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

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

**Associato:** Aziende aderenti al FISDAF.

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

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

**Cassa/Fondo:** FISDAF, Via Plava n. 86, Torino C.F. 80350580017 e ASSIDAI, Via Ravenna n. 14, Roma C.F. 97076780580; ha finalità assistenziale ed è abilitata<sup>1</sup> a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

**CDA:** Condizioni di assicurazione.

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



**Centro medico:** struttura, anche non adibita al ricovero,

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

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

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

**Contraente:** FISDAF e ASSIDAI, che stipulano l'Assicurazione nell'interesse altrui. ASSIDAI è responsabile del versamento del premio.

**Day Hospital:** ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

**Evento e Data Evento:**

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Non sono istituto di cura:

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

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

**Malattia:** ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

La gravidanza non è considerata malattia.

**Malattia Mentale:** le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS<sup>2</sup>).

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

**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.

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](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com) o nell'App mobile.

**Nucleo familiare:** Il dirigente in servizio. Sono inoltre ammessi a beneficiare delle prestazioni, a condizione che non abbiano titolo di fruire di analoga forma di copertura sanitaria integrativa:

- a) il coniuge (anche legalmente separato purché con diritto di assegno alimentare)
- b) i figli fino all'età di 26 anni, o i minori in affido, qualora risultino a carico del dirigente in servizio in quanto appartenenti al suo nucleo familiare, appartenenza da dimostrare con la produzione del certificato di stato di famiglia, secondo le specifiche indicazioni e le condizioni di assistibilità definite dal Regolamento FISDAF, con onere di verifica a carico del Contraente. E' fatto salvo il mantenimento dell'assistenza nei casi di inabilità/invalidità accertata, secondo quanto previsto dal Regolamento
- b1) in caso di separazione o divorzio del Socio, i figli fino all'età di 26 anni, o i minori in affido, qualora risultino a carico in quanto appartenenti al nucleo familiare di uno dei due genitori, appartenenza da dimostrare con la produzione del certificato di stato di famiglia, secondo le specifiche indicazioni e le condizioni di assistibilità definite dal Regolamento FISDAF, con onere di verifica a carico del Contraente.

<sup>2</sup> Si può leggere nel sito del Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)).

E' fatto salvo il mantenimento dell'assistenza nei casi di inabilità/invalidità accertata, secondo quanto previsto dal Regolamento FISDAF

c) i figli già beneficiari, al compimento del 26° anno di età, secondo le modalità di assistibilità e per la durata, comunque a termine, previste dal Regolamento FISDAF

d) i figli del coniuge beneficiario, purché di età inferiore a 26 anni, conviventi e a carico del Socio, secondo i criteri definiti dal Regolamento FISDAF

e) i genitori del Dirigente, che risultino a suo carico al momento dell'iscrizione del Dirigente al FISDAF e per i quali sia fatta specifica richiesta in detto momento, secondo quanto previsto dal Regolamento FISDAF

f) il convivente more uxorio del Dirigente non coniugato, vedovo o divorziato oppure separato (in quest'ultima ipotesi limitatamente ai casi in cui il coniuge separato non sia beneficiario delle prestazioni riconosciute dal FISDAF), che sia ammesso con le modalità previste dal Regolamento FISDAF. La convivenza more uxorio dovrà essere documentata mediante certificato di stato di famiglia rilasciato ai sensi del D.P.R. 223/1989 o mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000, con onere di verifica a carico del Contraente.

**Optometrista:** professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

**Polizza:** contratto di assicurazione.

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

**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.

**Reclamo:** una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

**Regime rimborsuale:** regime per cui Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

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

**Ricovero improprio:** la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse



- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

**Rimborso:** la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro coperto dalle presenti CDA, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

**Scoperto:** percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

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

**Sub-massimale:** importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo 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. email).

**Trattamenti fisioterapici e riabilitativi:** prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza  
Devono essere effettuati da:

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

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

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

**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.

## CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

### Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007<sup>3</sup>.

Sito: [www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com)

Mail: [info@intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:info@intesasanpaolorbmsalute.com)

PEC: [comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com)

### Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2019<sup>4</sup>

Patrimonio netto:	€ 306.026.694,00
di cui	
- capitale sociale:	€ 160.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 100.873.413,00

Indice di solvibilità<sup>5</sup>: 175% (185% al netto dell'add on di capitale)

### Art. 3. Carenza contrattuale

Non prevista.

### Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

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

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze<sup>6</sup>.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2021, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2022.

Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

### Art. 6. Reclami

#### 6.1 Come fare reclamo

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute a scelta:

- compilando il form on line (<https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html>) ,
- per posta ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami – Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
- per fax: 0110932609
- per mail: [reclami@intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:reclami@intesasanpaolorbmsalute.com)
- a mezzo pec: [reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com)

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

<sup>3</sup> G.U. 255 del 2 novembre 2007.

<sup>4</sup> I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su [www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com) (sezione Informazioni Societarie).

<sup>5</sup> L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

<sup>6</sup> Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.



- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

**Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.**

#### **Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità**

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi.

#### **Liti transfrontaliere**

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su [www.ec.europa.eu/fin-net](http://www.ec.europa.eu/fin-net)) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

#### **6.2 Risposte al reclamo**

Intesa Sanpaolo Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma  
fax: 06.42133206  
pec: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it)  
informazioni su [www.ivass.it](http://www.ivass.it)
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria<sup>7</sup> per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

---

<sup>7</sup> D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.



## CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

### Art. 7. Cosa si assicura

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

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

### Art. 8. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e/o l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione<sup>8</sup>.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a Intesa Sanpaolo RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

Il Contraente deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

### Art. 9. Altre assicurazioni/coperture

In caso di sinistro, il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, Intesa Sanpaolo RBM Salute non è tenuta a pagare l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri<sup>9</sup>. 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, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento<sup>10</sup>.

### Art. 10. Pagamento del premio

L'onere economico del premio è a carico degli Assicurati, che ne anticipano l'importo al Contraente sotto forma di contributo. Il Contraente versa il premio a Intesa Sanpaolo RBM Salute.

### Art. 11. Categorie assicurate

- dirigenti in servizio iscritti al FISDAF
- relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare anche a fronte del versamento di un premio aggiuntivo.

non rientranti tra le categorie di cui all'art. 20 "Persone non assicurabili".

I figli di dirigenti coniugati o conviventi more uxorio iscritti al FISDAF devono essere inseriti in copertura solo nel nucleo del coniuge o convivente maggiore di età tra i due.

Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono dirigenti iscritti al FISDAF e titolari del piano sanitario, non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge o convivente.

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

<sup>8</sup> 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.

<sup>9</sup> Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

<sup>10</sup> Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.





#### **Art. 12. Estensione Territoriale**

L'assicurazione vale in tutto il mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

#### **Art. 13. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente**

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) DIP
- b) DIP Aggiuntivo
- c) Condizioni di Assicurazione
- d) Informativa Privacy (allegato 2 alle Condizioni di Assicurazione)

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. 14. Foro Competente**

Per le controversie

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale FISDAF;
- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

#### **Art. 15. Controversie: mediazione**

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente<sup>11</sup>.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

#### **Art. 16. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge**

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

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

---

<sup>11</sup> D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.

## Sezione II

### CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

#### Art. 17. Descrizione delle prestazioni Assicurate

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

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

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

La presente copertura opera a secondo rischio, integrando la quota rimasta a carico dell'Assicurato per le prestazioni ammesse dal FISDAF.

### A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

#### 1. Prestazioni

##### 1.1 Ricovero con e senza intervento chirurgico, Day Hospital, con o senza intervento chirurgico, Intervento Ambulatoriale



Intesa Sanpaolo RBM Salute integra le prestazioni ammesse dal FISDAF relativamente alle seguenti spese sostenute a seguito di malattia o infortunio:

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o terapeutici, le endoprotesi applicati durante l'intervento e necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- le rette di degenza, con esclusione delle spese concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente
- terapia intensiva e/o rianimazione

Si precisa che in caso di ricovero senza intervento ed in caso di ricovero per terapia fisica, la retta di degenza comprende anche gli onorari medici.

Si precisa che è previsto il riconoscimento delle spese indicate fino ad un massimo di 180 gg anche non consecutivi di ricovero o day hospital.

Per ricoveri per riabilitazione neuro-motoria e cardio-respiratoria è previsto un riconoscimento fino a un massimo di 60 giorni annui. Il massimale di 60 giorni concorre in ogni caso nel conteggio del massimale complessivo di 180 giorni annui.

È previsto il riconoscimento delle spese per i medicinali durante il ricovero.

Durante il ricovero, è prevista l'integrazione per l'assistenza infermieristica privata individuale nel limite di € 40,00 al giorno per un massimo di 30 giorni all'anno quale sottolimito dei 60 giorni riconosciuti per l'assistenza infermieristica domiciliare;

E' prevista l'integrazione delle spese sostenute per l'assistenza infermieristica domiciliare.  
Limite: 40,00 euro al giorno per un massimo di 60 giorni per anno.

### 1.2 Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero.



Si precisa che sono esclusi i trasferimenti in ambulanza in caso di visite mediche, controlli diagnostici e ricoveri in case di riposo.

Limite annuo per nucleo: 1.000,00 euro in Italia, 1.600,00 euro all'estero.

### 1.3 Rette di degenza dell'accompagnatore (in alternativa all'Assistenza infermieristica privata individuale durante il ricovero)

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



Qualora l'Assicurato sia di età superiore di 14 anni, la retta è riconosciuta solo in presenza di certificato rilasciato dallo specialista che ha in cura l'Assicurato.

Limite: 24,00 euro al giorno per 30 giorni.

### 1.4 Cure termali post ricovero

Le cure termali post ricovero sono ammesse con il limite di 6 pernottamenti per evento a seguito di osteoartrosi diffusa primaria o secondaria a traumatismi, otiti croniche purulenti e bronchite cronica con componente ostruttiva.

## 2. Regimi e condizioni di erogazione

### Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato, massimo 180 giorni annui.

### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia.

## B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

### 1. ESAMI DIAGNOSTICI E STRUMENTALI – ANALISI DI LABORATORIO (prestazione prevista solo in Network)

#### 1.1 Prestazioni



Intesa Sanpaolo RBM Salute integra le spese di ogni prestazione effettuata dall'Assicurato in Network fino al massimale indicato.

Eventuali esami effettuati a domicilio dell'Assicurato infermo sono ammessi a rimborso se effettuati in Network e se prescritti in tale modalità dal medico curante.



## 1.2 Regimi e condizioni di erogazione

### Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 6.500,00 euro a nucleo.

### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia.

Esempi:

#### Regime di Assistenza diretta

Massimale € 6.500,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 49,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute ed € 196,00 a carico del FISDAF.

## 2. PRESIDIO ORTOPEDICI E SANITARI



### 2.1. Prestazioni

Sono integrate le spese sostenute dall'Assicurato per l'acquisto di apparecchi acustici, busti ortopedici, cinti erniari, collari ortopedici, corsetti e tutori ortopedici.

### 2.2. Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimali

Massimale: illimitato.

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

#### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

#### Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione € 164,57

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 164,57 di cui € 49,37 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute ed € 115,20 a carico del FISDAF.

## 3. VISITE SPECIALISTICHE – VISITE PEDIATRICHE E CONSULTI SPECIALISTICI (prestazione prevista solo in Network)

### 3.1 Prestazioni

Sono integrate le spese per visite specialistiche, pediatriche e consulti specialistici effettuati dall'Assicurato (così come previsti dal tariffario FISDAF) in Network.



### 3.2. Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato.

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

#### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

#### Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo visita ortopedica € 120,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 45,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute ed € 75,00 a carico del FISDAF.

## 4. LENTI/OCCHIALI

### 4.1. Prestazioni

- Sono integrate le spese per acquistare occhiali da vista (comprensivi di montature), lenti da vista anche a contatto (incluse le "usa e getta" e comunque in alternativa alle lenti per occhiali), su presentazione di copia della fattura o nota quietanzata dell'ottico recante le generalità del paziente e l'indicazione del grado di correzione ottica (diottrie)
- in caso di intervento chirurgico per difetti di rifrazione vengono riconosciuti due ulteriori paia di occhiali entro i 12 mesi successivi alla data dell'intervento
- sono esclusi dalla garanzia gli occhiali da sole, subacquei, da sci ovvero le spese relative al solo cambio di montatura.



### 4.2 Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimali

- Massimale per il complesso delle prestazioni indicate:
  - per gli adulti: 1 occhiale da vista completo o 1 paio di lenti per occhiali o 1 fornitura di lenti a contatto per triennio a persona (per le lenti a contatto usa e getta si considera il bisogno massimo di 3 anni).
  - per i minorenni: 1 occhiale da vista completo o 1 paio di lenti per occhiali o 1 fornitura di lenti a contatto per anno a persona. (per le lenti a contatto usa e getta si considera il bisogno massimo di 1 anno).

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

#### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia.

Esempi:

#### Regime di Assistenza diretta

Massimale 1 paio di lenti per occhiali

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 200,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute ed € 200,00 a carico del FISDAF.

## 5. PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

## 5.1 Prestazioni

Sono integrate le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi per recuperare la salute effettuate solo in Network



## 5.2 Regimi e condizioni di erogazione

### Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: **illimitato**.

### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: **nessuno scoperto/franchigia**

Esempi:

#### Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 96,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute ed € 144,00 a carico del FISDAF.

## C) PREVENZIONE

### 1. Prestazioni

#### Pacchetto prevenzione figli minori

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce una volta nella fascia di età indicata un pacchetto prevenzione da effettuarsi in Network.

#### Fascia di età

##### 1) 3 - 6 mesi

- Anamnesi generale fatta dal genitore
- Visita pediatrica effettuata dal medico

##### 2) 10 – 18 mesi

- Anamnesi generale fatta dal genitore
- Visita pediatrica e auxologica effettuata dal medico
- Valutazione ortottica per ricerca di cataratta e strabismo effettuata da tecnico
- Valutazione neuropsicomotoria effettuata da tecnico
- Valutazione neurosensoriale e psicomotoria effettuata da tecnico

##### 3) 24 – 35 mesi

- Anamnesi generale fatta dal genitore
- Visita pediatrica e auxologica effettuata dal medico
- Valutazione neuropsicomotoria effettuata da tecnico
- Visita ORL effettuata dal medico
- Valutazione ortottica effettuata da tecnico
- Valutazione logopedica effettuata da tecnico

##### 4) 4 anni

- Anamnesi generale fatta dal genitore
- Visita pediatrica e auxologica effettuata dal medico
- Valutazione ortottica effettuata da tecnico
- Visita ortopedica effettuata dal medico



- Visita ORL effettuata dal medico
- Valutazione neuropsicomotoria o comportamentale effettuata da tecnico

**5) 5 anni**

- Anamnesi generale fatta dal genitore
- Visita pediatrica e auxologica effettuata dal medico
- Valutazione logopedica effettuata da tecnico
- Visita urologica effettuata da medico

**6) 6 – 7 anni**

- Anamnesi generale fatta dal genitore
- Visita pediatrica e auxologica effettuata dal medico
- Visita oculistica effettuata dal medico
- Valutazione fisioterapica effettuata da tecnico
- Valutazione neuropsicomotoria o comportamentale effettuata da tecnico

**7) 8 – 9 anni**

- Anamnesi generale fatta dal genitore
- Visita pediatrica e auxologica effettuata dal medico
- Valutazione ortottica effettuata da tecnico
- Valutazione logopedica effettuata da tecnico
- Valutazione fisioterapica effettuata da tecnico
- Valutazione dell'apprendimento effettuata da tecnico

**8) 11 – 12 anni**

- Anamnesi generale fatta dal genitore
- Visita pediatrica e auxologica effettuata dal medico
- Visita oculistica effettuata dal medico
- Visita ortopedica effettuata dal medico
- Valutazione comportamentale effettuata da un tecnico

**9) 13 - 15 anni**

- Valutazione comportamentale effettuata da un tecnico
- Valutazione fisioterapica effettuata da tecnico
- Anamnesi generale fatta dal genitore
- Visita pediatrica e auxologica effettuata dal medico
- Valutazione ortottica effettuata da tecnico.

Ciascun esame preventivo può essere effettuato solo nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno.

**2. Regimi e condizioni di erogazione**

**Massimali**

Massimale annuo: illimitato

**Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta

**Franchigie e scoperti**

Nessuno scoperto/franchigia

**D) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**





## 1. Prestazioni

Sono integrate le spese per ogni prestazione odontoiatrica riconosciuta dal Tariffario del Fondo FISDAF effettuata dall'Assicurato.

## 2. Regimi e condizioni di erogazione



### Massimali

Massimale annuo: illimitato in Assistenza diretta, 5.200,00 euro a nucleo in Regime rimborsuale.

### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

### Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia
- Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

#### Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

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

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 90,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute ed € 80,00 a carico del FISDAF.

#### Regime rimborsuale

Massimale € 5.200,00

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

Nessuno scoperto

Rimborso FISDAF: € 80,00

Indennizzo € 90,00 (€ 170,00 - € 80,00).

## Art. 18. Estensioni di garanzia

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

## CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

### Art. 19. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione le spese per:

- 1) visite mediche generiche, anche se effettuate da medico specialista in quanto rese in forma ripetitiva e quindi a queste assimilabili
- 2) visite specialistiche non inerenti alla specialità medica attestata dai titoli accademici acquisiti dal professionista
- 3) ogni tipo di spesa per acquisto di medicinali (compresi vaccini)
- 4) iniezioni endovenose, sottocutanee o intramuscolari, nonché vaccinazioni (ad esclusione delle terapie desensibilizzanti)
- 5) patologie psichiatriche, i disturbi psichici e le loro conseguenze non trattati da medici abilitati
- 6) visite, cure ed interventi chirurgici di tipo estetico comprese le terapie sclerosanti, ad eccezione dei casi in cui siano resi necessari da gravi motivazioni di carattere medico e/o funzionale
- 7) ricoveri e/o soggiorni per cura non aventi specifiche caratteristiche diagnostiche e terapeutiche;
- 8) controlli medici preventivi e/o periodici a carattere generale o mirato (check-up), anche se fruiti in ricovero, Day Hospital o Day Surgery



- 9) visite mediche di idoneità alla pratica di attività sportive, visite medico legali e/o assicurative, visite per il rilascio di certificazioni mediche anche se redatte da medico specialista, visite di medicina del lavoro
- 10) prestazioni non controllabili o non comprese nella pratica medica o nella farmacopea ufficiale (es, cure omeopatiche, pranoterapia, iridologia, fitoterapia, cromoterapia, ecc.)
- 11) spese funerarie
- 12) spese relative al costo di copie di cartelle cliniche, copie di referti radiologici, copie film di coronarografie ecc.
- 13) elaborazione dieta
- 14) prodotti dietetici
- 15) presidi quali: ventriere, slip elastici, calzature ortopediche, calze elastiche, plantari, stampelle, bastoni ortopedici
- 16) spese per acquisto/noleggio di attrezzi per terapia fisica, ad eccezione di quelli relativi alla magnetoterapia
- 17) spese per acquisto/noleggio di: carrozzelle, letti ortopedici, girelli, tripodi
- 18) materiale di medicazione (ad esclusione di quello utilizzato in sede di intervento chirurgico)
- 19) pannoloni per incontinenti
- 20) spese per acquisto di detergenti per lenti a contatto
- 21) acquisto di bombole di ossigeno per ossigenoterapia domiciliare
- 22) spese viaggio e soggiorno per prestazioni sanitarie effettuate fuori dal luogo di residenza dell'Assicurato
- 23) quanto non espressamente indicato nell'elenco delle prestazioni del Regolamento del FISDAF.

#### **Art. 20. Persone non assicurabili**

Le persone che alla decorrenza dell'assicurazione abbiano già compiuto 80 anni. Per gli Assicurati che raggiungono il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

### **CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

#### **Art. 21. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni**

##### **21.1 Oneri**

##### **Denuncia**

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

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo<sup>12</sup>.

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

##### **Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:**

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati

<sup>12</sup> Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.



- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

#### Regime rimborsuale

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

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

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; 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 il beneficiario.

Se il FISDAF non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

#### **Data del Sinistro**

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

#### **Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie**

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

#### **Lingua della documentazione**

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

#### **Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute**

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

L'accertamento può essere disposto

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

#### **Decesso dell'Assicurato**

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare Intesa Sanpaolo RBM Salute



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

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

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

### **Prestazioni intramoenia**

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

### **Prestazioni tra due annualità**

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

### **Imposte e oneri amministrativi**

Sono a carico dell'Assicurato:

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

## **21.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta**

### **a) Prima della prestazione**

Sono previste 2 fasi: 1) richiesta del voucher 2) rilascio del voucher.

#### **Fase 1: richiesta del VoucherSalute®**

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

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

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

### **Come chiedere il voucher**

- con l'app mobile

- da portale web
- per telefono al FISDAF **011.0058290**
- per telefono dall'Italia a Intesa Sanpaolo RBM Salute **800.991.781**
- per telefono dall'estero a Intesa Sanpaolo RBM Salute **0422.1744.229**
- via fax al numero Intesa Sanpaolo RBM Salute **0422.17.44.729**

#### **Dati da fornire alla Centrale operativa**

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

#### **Documenti da trasmettere alla Centrale operativa**

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, **che contiene il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata:**
  - **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e terapie fisiche
  - prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: la prescrizione deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione;** se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**
  - prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, dalle terapie e dalle analisi di laboratorio: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

**Non è richiesta** per le prestazioni di prevenzione (sanitaria).

- **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. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da Intesa Sanpaolo RBM Salute. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso. Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica dell'odontoiatra.**
  - se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**
  - **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);



- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dalla polizza e/o dal Regolamento del FISDAF, in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale

**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
- con l'app mobile
- via fax al numero **0422.17.44.729**.

#### **Ricerca della struttura**

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa
- se disponibili nel territorio, **sono individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative** (in caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione entro 30 giorni dal rilascio del voucher**
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate proposte, o può individuarne una diversa; in quest'ultimo caso la Centrale operativa non garantisce che la prestazione sia eseguita entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

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

Se l'Assicurato non si attiva per tempo non è garantita l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni e pertanto la copertura potrebbe non operare.

#### **Fase 2: rilascio del VoucherSalute®**

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale operativa:
  - rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 2 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
  - può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 2 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
  - invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.



### **Validità e riemissione del VoucherSalute®**

Il VoucherSalute® è valido 30 giorni dalla data di emissione.

**Se è scaduto da massimo 7 giorni:** l'Assicurato può chiederne la riemissione immediata entro 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza tramite la propria Area Riservata o l'app Mobile senza dover allegare di nuovo la documentazione già trasmessa.

**Se è scaduto da più di 7 giorni:** l'Assicurato deve chiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, allegando di nuovo tutta la documentazione necessaria.

Il VoucherSalute® è rinnovabile dal 20° giorno dalla sua emissione al massimo per altre due volte, quindi con una validità complessiva di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2021; a partire dal 20/03/2021 l'Assicurato che non lo ha ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che ha 30 giorni di validità dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non può più essere utilizzato. È consentita una ulteriore emissione del VoucherSalute®, per una validità di altri 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2021 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di riemissione, non può superare la data del 29/05/2021, per un totale 90 giorni dal 01/03/2021).

Se la riemissione è richiesta prima che siano finiti i 30 giorni di validità (e comunque dal 20° giorno di emissione del voucher), gli eventuali giorni di validità non usufruiti sono persi.

**Il voucher non può essere annullato dall'Assicurato.** Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullarlo, deve contattare la Centrale operativa.

### **Modifiche o integrazioni alle prestazioni**

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

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

### **Segnalazione di nuove Strutture**

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

È sufficiente proporre la candidatura a: [ufficio.convenzioni@previmedical.it](mailto:ufficio.convenzioni@previmedical.it).

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

**Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa**

- l'Assicurato può chiedere il rilascio del voucher **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato 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.

**c) La prenotazione**

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

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

**d) Dopo la prestazione**

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

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

**21.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso**

La presente polizza opera a secondo rischio, ad integrazione del fondo FISDAF. Intesa Sanpaolo RBM Salute riconoscerà le spese rimaste a carico dell'Assicurato dopo l'intervento del fondo FISDAF secondo quanto previsto dal presente contratto.

**Restituzione delle somme indebitamente pagate**

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

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

## Sezione III



### 1) SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Se per infortunio o malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

#### a) Informazione e orientamento medico telefonico

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

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

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

#### b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

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

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

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

#### c) Consulenza telefonica medico-specialistica

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

### 2) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

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

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

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

- 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.

### 3) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

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

**Sul sito internet [www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com)**

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

- **Area riservata – Sinistri.** Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:
  - Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso (“Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”)
  - visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
  - ricercare le strutture convenzionate con il Network
  - consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

### **App mobile FISDAF**

Con l'app mobile 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.

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli<sup>13</sup>:

Art. 8 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Art. 9 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 10 - Pagamento del premio

Art. 11 - Categorie assicurate

Art. 13 - Foro competente

Art. 19 - Esclusioni

Art. 20 - Persone non assicurabili

Art. 21 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

**Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.**

Marco Vecchietti

Amministratore Delegato e Direttore Generale



<sup>13</sup> Art. 1341 “Condizioni generali di contratto” del Codice civile.