



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria
per i **Dirigenti in quiescenza**
delle Aziende iscritte a
FISDAF

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI2648

Edizione 08/2023

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.



SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 35:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 – Norme che regolano il contratto in generale** - da pag. 10

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 17
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 24
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 25

ALLEGATI

- 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 decadenze, 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: Aziende aderenti al FISDAF.

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: FISDAF, Via Plava n. 86, Torino C.F. 80350580017 e ASSIDAI, Via Ravenna n. 14, Roma C.F. 97076780580; aventi 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: FISDAF e ASSIDAI, che stipulano l'Assicurazione nell'interesse altrui e che sono responsabile del pagamento del premio.

Contratto: CDA.

Day Hospital/Day Surgery: ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica.

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

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

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

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

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

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

Gravidanza: periodo compreso fra l'attestazione dello stato di gravidanza e l'espulsione del feto.

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

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

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

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

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

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

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.

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

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

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

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

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

Non sono Istituto di cura:

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

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

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

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

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM dell'OMS¹).

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

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.

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: Il dirigente in quiescenza. 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 quiescenza 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. È 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. È 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.

Parti: la Compagnia e il Contraente.

Polizza: Assicurazione.

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

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.

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 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). N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

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

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

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

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

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

Sinistro e Data Sinistro:

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

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

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

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

Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le seguenti prestazioni:

- agopuntura
- chinesiterapia
- chiroterapia
- logopedia
- rieducazione cardio-respiratoria
- rieducazione neuro-motoria
- terapia neuropsicomotoria
- terapia a onde d'urto
- ultrasuonoterapia
- trattamenti osteopatici



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. 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 17/10/2007².

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 del Premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze³.

Esempio: se il Premio scade il 31 dicembre 2023, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2024.

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

- Dirigenti in quiescenza iscritti al FISDAF (Titolari)
- familiari dei Titolari, 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. 26 "Persone non assicurabili".

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

² G.U. 255 del 2 novembre 2007

³ Art. 2952 "Prescrizione in materia di Assicurazione" del Codice civile



Il Titolare non può essere inserito nel Nucleo familiare di un altro Titolare con cui abbia un legame tra quelli indicati nella definizione di Nucleo familiare (es. coniuge).

È possibile assumere la veste di Assicurato con riferimento a una sola posizione in copertura. Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono dirigenti in quiescenza dello stesso Associato e indicati come Assicurati dal Contraente, non possono anche essere inseriti come componenti del Nucleo familiare del rispettivo coniuge o convivente, così come i figli di dirigenti in quiescenza dello stesso Associato coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti in copertura solo nel Nucleo familiare uno dei coniugi o conviventi.

L'adesione degli assicurati alla polizza è su base volontaria.

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'Assicurazione⁴.

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

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 8. Altre assicurazioni/coperture

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁵. 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 riferimento⁶.

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

9.1 Decorrenza

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01.01.2023 se il Premio è stato pagato
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

⁴ 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.

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

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

9.2 Tacito rinnovo

L'Assicurazione prevede il tacito rinnovo, salvo eventuale richiesta di disdetta.

L'Assicurazione è prorogata di due anni e così per le successive scadenze se una delle Parti non dà disdetta, con raccomandata almeno 90 giorni prima della scadenza.

9.3 Diritto di recesso

Il Contraente può recedere annualmente dal contratto, con raccomandata da inviarsi almeno 60 giorni prima del termine dell'annualità assicurativa in corso. Le Parti concordano che il Contraente, al termine di ogni anno, può esercitare la facoltà di recesso nei casi di manifesta e comprovata inadeguatezza dai livelli di servizio minimi garantiti da Intesa Sanpaolo RBM Salute dettagliatamente disciplinati dall'art. 3 della Side Letter "Livelli di servizio minimi garantiti".

I livelli minimi di servizio possono essere verificati da parte dal Contraente mediante apposita richiesta nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

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 iscrizioni

La copertura per il Titolare decorre:

- **se l'iscrizione è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, entro 60 giorni dall'iscrizione**: dal giorno dell'iscrizione
- **se l'iscrizione è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, dopo i 60 giorni**: dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

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

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

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

È consentita solo per i componenti del Nucleo familiare a carico, cioè le persone per le quali il Titolare ha diritto alla detrazione fiscale, nonché il convivente more uxorio il cui reddito complessivo annuo (intendendosi quello di imposta) non sia superiore a quello previsto per il carico fiscale del coniuge⁷, ed in caso di nascita o matrimonio.

Le inclusioni devono essere comunicate dal Contraente alla Compagnia **entro 60 giorni** dall'evento (per esempio, dalla nascita del figlio). La copertura opera da quando i componenti del Nucleo familiare inclusi sono a carico del Titolare.

Se la comunicazione è fatta **dopo i 60 giorni**: la copertura opera dalle ore 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

La modifica (acquisto o perdita) delle condizioni di reddito previste per avere a carico un componente del Nucleo familiare Assicurato, avvenuta nel corso di un'annualità, non ha effetto sui Premi o rate di Premio da corrispondere per il periodo rimanente della stessa annualità.

11.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla prima scadenza utile.

⁷ DPR 22 dicembre 1987 n. 917 (Testo Unico delle Imposte sui Redditi – TUIR), art. 12. Attualmente la soglia è di € 2.840,51.



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.

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

Art. 12. Estensione Territoriale

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

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 2 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, ovvero dove diversamente stabilito dall'Associato, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁸.

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.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html.

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

Per controversie connesse al presente Contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente⁹.

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 l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale Intesa Sanpaolo RBM Salute
- tra la Compagnia e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza (se in Italia) o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

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

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

⁸ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

⁹ D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.



21.1. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

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

Il servizio può essere attivato indipendente dai canali in cui viene effettuata la domanda di rimborso.

Nel modulo di rimborso cartaceo l'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare. Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

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

21.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

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

Sul sito internet della Compagnia www.intesasanpaolorbmsalute.com

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.

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

Il presente Contratto è regolato dalla Legge italiana.

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

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 23. Descrizione delle prestazioni Assicurate

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

Massimali, limiti, Franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in questo Contratto, nella descrizione delle 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 e dallo stesso indennizzate.

Si specifica che:

- l'integrazione viene effettuata con esclusivo riferimento alle prestazioni previste dal presente contratto. Possono pertanto residuare delle prestazioni, previste dal piano sanitario del FISDAF, per le quali non è prevista l'integrazione delle quote rimaste a carico dopo la corresponsione dell'indennizzo da parte del Fondo;
- l'integrazione viene effettuata nel solo caso in cui la prestazione sia stata eseguita secondo il Regime di erogazione previsto nel presente contratto. Se, ad esempio, il piano sanitario FISDAF prevede che una prestazione possa essere eseguita sia in regime di assistenza diretta sia a rimborso e l'integrazione di quella prestazione, ai sensi del presente contratto, è prevista nel solo caso di assistenza diretta, l'assistito del Fondo che scelga di eseguire la prestazione in regime rimborsuale non potrà chiedere l'integrazione delle somme rimaste a proprio carico;
- i limiti e i massimali indicati nel presente contratto si riferiscono alle somme indennizzate a titolo di integrazione.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni assicurate



1.1 Ricovero con e senza intervento chirurgico, parto, aborto spontaneo, post traumatico o terapeutico anche in regime di Day Hospital, con o senza intervento chirurgico, Intervento Ambulatoriale

Intesa Sanpaolo RBM Salute integra le prestazioni ammesse dal FISDAF relativamente alle spese sostenute a seguito di malattia o infortunio per ricovero in Istituto di Cura con e senza intervento chirurgico, parto, aborto spontaneo, post traumatico o terapeutico anche in regime di Day Hospital, con o senza intervento chirurgico e Intervento Ambulatoriale.

E' prevista l'integrazione delle spese sostenute per l'assistenza infermieristica domiciliare.
Limite: 60,00 euro al giorno per un massimo di 30 giorni per anno e per nucleo.

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 Trattamenti fisioterapici post-ricovero



Intesa Sanpaolo RBM Salute integra le spese sostenute dall'Assicurato per i trattamenti fisioterapici fruiti entro 120 giorni dopo il ricovero o l'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia o infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico ed effettuati nelle strutture del Network o a domicilio da professionisti appartenenti alle strutture sanitarie del Network.

Limite annuo per nucleo: 1.000,00 euro.

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Per il complesso delle prestazioni indicate: 155.000,00 euro a nucleo.

Sub-massimale annuo a nucleo per intervento chirurgico ambulatoriale: 5.200,00 euro.

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

1.1 Prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute integra le spese delle seguenti prestazioni effettuate dall'Assicurato in Network fino al massimale indicato:

- CICLO DI CHEMIOTERAPIA



- CICLO DI COBALTOTERAPIA
- CICLO DI RADIOTERAPIA
- TAC
- RMN
- ANGIOGRAFIA
- ARTERIOGRAFIA
- CORONAROGRAFIA
- FLEBOGRAFIA
- ECOGRAFIA/ECOTOMOGRAMMA
- ECOCARDIOGRAFIA
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- DENSITOMETRIA OSSEA
- ARTROGRAFIA
- BRONCOGRAFIA
- BRONCOSCOPIA
- ISTEROSALPINGOGRAFIA
- MIELOGRAFIA
- SCIALOGRAFIA CON CONTRASTO
- URETROGRAFIA
- UROGRAFIA
- ECODOPPLER
- SCINTIGRAFIA
- FLUOROANGIOGRAFIA OCULARE
- ESAME HOLTER
- PRESSIONE ARTERIOSA H24
- DIAGNOSTICA ENDOSCOPICA APPARATO
- ESAMI ISTOPATOLOGICI
- DIGERENTE E UROLOGIA
- ESAMI RADIOLOGICI CON CONTRASTO
- RADIONEFROGRAMMA.



È necessaria la prescrizione medica con indicazione del quesito diagnostico; sono in ogni caso indennizzabili le prestazioni anche in caso di:

- Presenza di segni e sintomi
- Presenza di algie
- Indicazione di un'alterazione dello stato di salute
- Accertamenti causa rischio patologico per familiarità
- Accertamenti di Controllo a seguito di evento/fortunio o intervento chirurgico.

Non sono ammessi controlli periodici o check up.

Sono inclusi esami strumentali unici o ripetuti per valutazione.

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

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 6.500,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 245,00 di cui € 49,00 a carico della Compagnia e € 196,00 a carico del FISDAF

C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Prestazioni

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



2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo: 50% del massimale FISDAF a nucleo.

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della cavità di 2 classe di Black €170,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 170,00 di cui € 90,00 a carico della Compagnia e € 80,00 a carico del FISDAF

D) ALTRE GARANZIE

1 LONG TERM CARE (L.T.C.)

È riconosciuta una diaria per "Long Term Care" in caso di sopraggiunta non autosufficienza del dirigente in quiescenza iscritto al FISDAF e/o del rispettivo coniuge, che alla data di adesione alla presente polizza, non si trovassero già in stato di non autosufficienza.

È ritenuta non autosufficiente la persona alla quale l'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) abbia riconosciuto il diritto a conseguire l'assegno di accompagnamento, o la pensione di inabilità e il cui stato di salute comunque comporti l'impossibilità di compiere in autonomia almeno 4 delle 6 attività di vita quotidiana di seguito elencate:

- LAVARSI: capacità di lavarsi nella vasca o nella doccia (e anche di entrare e uscire dalla vasca o dalla doccia) o lavarsi in maniera soddisfacente in altro modo
- VESTIRSI: capacità di indossare, togliersi, allacciare e slacciare ogni tipo di indumento ed, eventualmente, anche bretelle, arti artificiali o altri apparecchi protesici;
- ALIMENTARSI: capacità di ingerire senza aiuto il cibo preparato da altri;
- ANDARE IN BAGNO: capacità di andare in bagno o comunque di mingere ed evacuare in modo da mantenere un livello di igiene personale soddisfacente;
- MOBILITA': capacità di muoversi in casa da una stanza all'altra sullo stesso piano;
- SPOSTARSI: capacità di passare dal letto ad una sedia o sedia a rotelle e viceversa.

L'inabilità ad effettuare una delle attività della vita quotidiana si verifica quando la persona è incapace di effettuare quella funzione e necessita della continua assistenza "fisica" da parte di altra persona per lo svolgimento dell'intera attività ovvero di ricovero in lunga degenza in struttura abilitata pubblica o privata.

Indipendentemente dall'impossibilità di compiere le sopraindicate attività di vita quotidiana è ritenuta non autosufficiente la persona affetta da demenza senile invalidante o dalla malattia di Alzheimer, certificata da un referto medico e dopo esame dei risultati di test psicotecnici effettuati da un neuropsichiatra (test Mini Mental Status Esame di Folstein), e che necessita in modo costante della continua assistenza e sorveglianza da parte di altra persona o di un ricovero in istituto psichiatrico. Resta ferma la necessità di essere in possesso del riconoscimento da parte dell'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) dell'assegno di accompagnamento, o della pensione di inabilità.

Lo stato di non autosufficienza deve essere accertato con apposito verbale rilasciato dall'ente competente. Tutti coloro i quali avessero ottenuto tale riconoscimento in periodo antecedente la sottoscrizione della polizza, non potranno avanzare richiesta di LTC.

Al fine di attivare e formalizzare la richiesta di accertamento e liquidazione della Long Term Care, l'Assicurato dovrà allegare al verbale di accertamento di invalidità Inps i seguenti documenti:

1. Modello di denuncia di accertamento e liquidazione della perdita di autosufficienza
2. Copia del documento di riconoscimento e del codice fiscale.
3. Relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza
4. Certificato del medico curante che attesti la perdita di autosufficienza, nonché verbale rilasciato dall'ente competente
5. Modello di autorizzazione al trattamento dei dati personali

Si consiglia inoltre di inviare, a supporto della richiesta, tutta la documentazione specialistica, clinica e strumentale in proprio possesso. La Compagnia si riserva, comunque, la facoltà di richiedere, se necessario, ulteriore documentazione sanitaria.

Nel caso di accertata non autosufficienza, Intesa Sanpaolo RBM Salute corrisponde un indennizzo di 1.000,00 euro al mese. La corresponsione della rendita, decorre a partire dalla data di denuncia della perdita di autosufficienza, inizia, nella rateazione prevista, entro 60 giorni dal riconoscimento della perdita di autosufficienza; per un periodo di 5 anni sempre che per tale periodo permanga lo stato di non autosufficienza e sempre che l'insorgenza della non autosufficienza, ove certificata, non sia antecedente la sottoscrizione della copertura.

L'erogazione della diaria LTC esclude eventuali forme analoghe di copertura FISDAF (es.: assistenza domiciliare art. 18 Regolamento Fisdaf).

Si precisa inoltre, che in caso siano contemporaneamente in stato di non autosufficienza due Assicurati facenti parte dello stesso nucleo familiare, si corrisponderà una sola diaria dell'importo e con le modalità sopra descritte.

2 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.

Art. 24. Estensioni di garanzia

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



CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 25. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) prestazioni escluse dal vigente Regolamento FISDAF
- 2) le seguenti spese sanitarie, anche se rimborsate dal FISDAF:
 - visite specialistiche fuori ricovero
 - analisi ed esami fuori ricovero fatta eccezione per quelli elencati B) "Prestazioni extraospedaliere"
 - acquisto di occhiali e lenti a contatto
 - ricoveri per lungodegenze e per malattie croniche.

Art. 26. Persone non assicurabili

Età minima

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

Età massima

Non sono previsti limiti di età per i dirigenti in quiescenza iscritti al FISDAF.



CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

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

27.1 Oneri

Denuncia

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

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo¹⁰.

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

¹⁰ 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-;
- non è stato indicato correttamente l'Assicurato cui il Sinistro si riferisce. Se l'Assicurato non integra la richiesta di Indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di integrazione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo è respinta; la domanda può comunque essere ripresentata.

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere/interventi chirurgici odontoiatrici: quella del Ricovero o, se non c'è stato Ricovero, dell'Intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita
- 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.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

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

27.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di Assistenza diretta

Si specifica che l'Assistenza diretta ai sensi del presente contratto viene fornita con riferimento ad alcune delle prestazioni previste dal piano sanitario FISDAF: in questi casi l'Assicurato eseguirà la prestazione presso la struttura convenzionata e la relativa spesa verrà tenuta in carico in parte dal FISDAF e in parte dalla Compagnia, alle condizioni previste dal piano sanitario (per la parte del FISDAF) e delle presenti Condizioni di assicurazione (per l'integrazione fornita dalla Compagnia).

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 ove prevista.

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

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

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono al FISDAF al **011.0058290**
- per telefono dall'Italia a Intesa Sanpaolo RBM Salute al **800.991.781**
- per telefono dall'estero a Intesa Sanpaolo RBM Salute al **0422.17.44.229**
- via fax al numero Intesa Sanpaolo RBM Salute **0422. 17.44.729**.

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

Dati da fornire alla Centrale operativa

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

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi o la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata:
 - prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero e dalle terapie: 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**
 - **se l'infortunio è responsabilità di un terzo**: anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.
 - **In caso di incidente stradale**: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare **il Modulo CID** (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dal Contratto e/o dal regolamento di 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:

- in caso di avvenuta attivazione all'Area Riservata: tramite Area Riservata/App
- negli altri casi: tramite altra modalità utilizzabile dall'Assicurato (es. e-mail) concordata con la Centrale Operativa
- 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 le strutture convenzionate** (in caso di Ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione**
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate **e la prestazione da eseguire.**

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

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

Esempio 1:

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

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/11/2023;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2023, per un totale di 51 giorni (in luogo dei convenzionali 90 giorni dalla data di emissione).

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

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

- **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale operativa:
 - rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 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 90 giorni dalla data di emissione, a meno di limiti che intervengano prima dei 90 giorni per:

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

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

Esempio 1:

Data di dimissione ospedaliera a seguito di ricovero: 10/03/2023

Termine di indennizzo per le spese post ricovero: 120 giorni dalle dimissioni (10/07/2023)

Richiesta VoucherSalute®: 05/05/2023

VoucherSalute® emesso il 10/05/2023;

VoucherSalute® valido fino al 10/07/2023, per un totale 60 giorni dal 10/05/2023.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/12/2023;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2023, per un totale 21 giorni dal 10/12/2023.

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

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

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

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

Segnalazione di nuove Strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono 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) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero)

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

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

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

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

c) La prenotazione

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

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

d) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, Franchigie, prestazioni non previste dal Contratto), e, in caso di Ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, Cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)

- la Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili secondo quanto previsto dal Contratto
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal Contratto, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di Ricovero Cartella clinica completa contenente anche la S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹¹,...).

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

e) Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
 - restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
 - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici nel caso in cui la Compagnia non avesse ancora effettuato il pagamento.

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

La 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.

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'Indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 5 giorni di calendario dal ricevimento da parte del FISDAF della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

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.

a) Restituzione delle somme indebitamente pagate

¹¹ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.



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 articoli¹²:

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

Art. 8 - Altre assicurazioni/contratti

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

Art. 10 - Pagamento del Premio - Anagrafica

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

Art. 20 - Foro competente

Art. 25 - Esclusioni

Art. 26 - Persone non assicurabili

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

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

ALLEGATO 2: INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L' "INFORMATIVA") E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

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

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

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

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

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

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

Categorie di Dati Personali

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

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

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

Finalità e base giuridica del trattamento

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

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

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

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

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

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

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

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per favorire l'eventuale invio di avvisi e comunicazioni tra Lei ed 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, INPDAl, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

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

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

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

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

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

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

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

SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo email privacy@intesasampaolorbmsalute.com. Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa.

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

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

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