

Sezione II

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 17. Descrizione delle prestazioni Assicurate

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

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

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

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

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni

1.1 Ricovero con e senza intervento chirurgico, 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 familiare.

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.

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 solo nelle strutture 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 Alta Diagnostica e Diagnostica Strumentale Standard

- 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.



1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

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

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 6.500,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Nessuno scoperto

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

C) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Prestazioni

Sono integrate le spese per ogni prestazione odontoiatrica riconosciuta dal 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 € 2.600,00

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

Nessuno scoperto

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

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

E' 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.

E' 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.

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.

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.

Art. 18. Estensioni di garanzia

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

CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 19. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) prestazioni escluse del 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. 20. Persone non assicurabili

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