

**Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie**

**DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni**

**Compagnia: INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A. – Direzione Generale in Italia – Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di Assicurazione**

**Prodotto: FISDAF - DIRIGENTI IN SERVIZIO**

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

**Che tipo di assicurazione è?**

La copertura riconosce le spese sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni ospedaliere, extraospedaliere, fisioterapiche, di prevenzione, odontoiatriche e altre garanzie.



**Che cosa è assicurato?**

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce le seguenti spese:

- ✓ ricovero con o senza intervento, day hospital, intervento ambulatoriale,
- ✓ esami diagnostici e strumentali – analisi di laboratorio
- ✓ presidi ortopedici e sanitari
- ✓ visite specialistiche – visite pediatriche e consulti specialistici
- ✓ visite specialistiche e accertamenti diagnostici in gravidanza
- ✓ lenti e occhiali
- ✓ check up
- ✓ Prestazioni fisioterapiche
- ✓ Cure odontoiatriche
- ✓ Servizio di Consulenza Medica, Informazioni Sanitarie e Ricerca degli Istituti di Cura

La copertura ha un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie.



**Che cosa non è assicurato?**

- ✗ Le persone oltre gli 80 anni
- ✗ Sono esclusi dalla copertura:
  - visite mediche generiche, anche se effettuate da medico specialista in quanto rese in forma ripetitiva e quindi a queste assimilabili
  - visite specialistiche non inerenti alla specialità medica attestata dai titoli accademici acquisiti dal professionista
  - ogni tipo di spesa per acquisto di medicinali (compresi vaccini)
  - iniezioni endovenose, sottocutanee o intramuscolari, nonché vaccinazioni (ad esclusione delle terapie desensibilizzanti)
  - patologie psichiatriche, i disturbi psichici e le loro conseguenze non trattati da medici abilitati
  - visite, cure ed interventi chirurgici di tipo estetico comprese le terapie sclerosanti, ad eccezione dei casi in cui siano resi necessari da gravi motivazioni di carattere medico e/o funzionale
  - ricoveri e/o soggiorni per cura non aventi specifiche caratteristiche diagnostiche e terapeutiche
  - controlli medici preventivi e/o periodici a carattere generale o mirato (check-up), anche se fruiti in ricovero, Day Hospital o Day Surgery
  - visite mediche di idoneità alla pratica di attività sportive, visite medico legali e/o assicurative, visite per il rilascio di certificazioni mediche anche se redatte da medico specialista, visite di medicina del lavoro
  - prestazioni non controllabili o non comprese nella pratica medica o nella farmacopea ufficiale (es. cure omeopatiche, pranoterapia, iridologia, fitoterapia, cromoterapia, ecc.)
  - spese funerarie
  - spese relative al costo di copie di cartelle cliniche, copie di referti radiologici, copie film di coronarografie ecc.
  - elaborazione dieta
  - prodotti dietetici
  - presidi quali: ventriere, slip elastici, calzature ortopediche, calze elastiche, plantari, stampelle, bastoni ortopedici
  - spese per acquisto/noleggio di attrezzi per terapia fisica, ad eccezione di quelli relativi alla magnetoterapia
  - spese per acquisto/noleggio di: carrozzelle, letti ortopedici, girelli, tripodi
  - materiale di medicazione (ad esclusione di quello utilizzato in sede di intervento chirurgico)
  - pannoloni per incontinenti
  - spese per acquisto di detergenti per lenti a contatto
  - acquisto di bombole di ossigeno per ossigenoterapia domiciliare
  - spese viaggio e soggiorno per prestazioni sanitarie effettuate fuori dal luogo di residenza dell'Assicurato
  - quanto non espressamente indicato nell'elenco delle prestazioni del Regolamento del FISDAF.



**Ci sono limiti di copertura?**

- ! La copertura prevede franchigie e scoperti specifici per garanzia, che possono causare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.



### **Dove vale la copertura?**

- ✓ Vale per il Mondo intero. I danni sono liquidati in Italia, in euro. Per le spese sostenute dall'estero i rimborsi sono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.



### **Che obblighi ho?**

- Quando sottoscrive il contratto, il Contraente deve fare dichiarazioni precise, complete e non reticenti sul rischio da assicurare. Se non rispetta questo obbligo, può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e l'assicurazione può cessare
- L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il Sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena possono. Se questo obbligo non è rispettato, si può perdere del tutto o in parte il diritto al rimborso delle spese
- Se l'Assicurato è rimborsato da Fondi o Enti deve inviare la documentazione di liquidazione di tali Enti insieme alle fotocopie delle relative fatture
- Per ottenere la liquidazione dei sinistri, è necessario presentare la documentazione medica completa di diagnosi intestata all'Assicurato
- In caso di infortunio, se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, l'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il nome e il recapito del terzo responsabile
- In caso di incidente stradale, quando fa la prima richiesta di rimborso per le conseguenti prestazioni sanitarie, l'Assicurato deve inviare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il Modulo CID (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente



### **Quando e come devo pagare?**

- Il premio è annuo e indivisibile e deve essere pagato in anticipo come riportato sul certificato di polizza
- Il Contraente deve pagare il premio a Intesa Sanpaolo RBM Salute con bonifico bancario.



### **Quando comincia la copertura e quando finisce?**

- La copertura dura 2 anni; decorre dalle ore 00.00 del 01.01.2023, se il premio è stato pagato; altrimenti dalle ore 00 del giorno dopo il pagamento; scade alle ore 24.00 del 31.12.2024
- Se alla scadenza l'assicurazione non è disdettata, è tacitamente prorogata per 2 anni e così di seguito alle successive scadenze.



### **Come posso disdire la polizza?**

- Il Contraente può sempre disdire ogni anno il contratto senza oneri, con raccomandata spedita almeno 90 giorni prima della scadenza annuale.