

Sezione II

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 1. Descrizione delle prestazioni Assicurate

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

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

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

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

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni

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



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

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

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

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

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

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

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

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

1.2 Trasporto sanitario

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



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

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

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

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



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

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

1.4 Cure termali post ricovero

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

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

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

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

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

B) PRESTAZIONI EXTRA OSPEDALIERE

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

1.1 Prestazioni

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

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



1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

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

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 6.500,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Nessuno scoperto

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

2. PRESIDI ORTOPEDICI E SANITARI



2.1. Prestazioni

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

2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale: illimitato.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione € 164,57

Nessuno scoperto

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

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

3.1 Prestazioni

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



3.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo visita ortopedica € 120,00

Nessuno scoperto

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

4. LENTI/OCCHIALI

4.1. Prestazioni

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



4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

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

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale 1 paio di lenti per occhiali

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

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

5. PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

5.1 Prestazioni

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



5.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00

Nessuno scoperto

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

C) PREVENZIONE

1. Prestazioni

Pacchetto prevenzione figli minori

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

Fascia di età

1) 3 - 6 mesi

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

2) 10 – 18 mesi

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

3) 24 – 35 mesi

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

4) 4 anni

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

5) 5 anni

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

6) 6 – 7 anni

- Anamnesi generale fatta dal genitore
- Visita pediatrica e auxologica effettuata dal medico
- Visita oculistica effettuata dal medico



- Valutazione fisioterapica effettuata da tecnico
- Valutazione neuropsicomotoria o comportamentale effettuata da tecnico

7) 8 – 9 anni

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

8) 11 – 12 anni

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

9) 13 - 15 anni

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

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

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo: illimitato

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Nessuno scoperto/franchigia

D) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Prestazioni

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



2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

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



Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

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

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

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

Nessuno scoperto

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

Regime rimborsuale

Massimale € 5.200,00

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

Nessuno scoperto

Rimborso FISDAF: € 80,00

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

Art. 2. 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. 3. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione le spese per:

- 1) visite mediche generiche, anche se effettuate da medico specialista in quanto rese in forma ripetitiva e quindi a queste assimilabili
- 2) visite specialistiche non inerenti alla specialità medica attestata dai titoli accademici acquisiti dal professionista
- 3) ogni tipo di spesa per acquisto di medicinali (compresi vaccini)
- 4) iniezioni endovenose, sottocutanee o intramuscolari, nonché vaccinazioni (ad esclusione delle terapie desensibilizzanti)
- 5) patologie psichiatriche, i disturbi psichici e le loro conseguenze non trattati da medici abilitati
- 6) visite, cure ed interventi chirurgici di tipo estetico comprese le terapie sclerosanti, ad eccezione dei casi in cui siano resi necessari da gravi motivazioni di carattere medico e/o funzionale
- 7) ricoveri e/o soggiorni per cura non aventi specifiche caratteristiche diagnostiche e terapeutiche;
- 8) controlli medici preventivi e/o periodici a carattere generale o mirato (check-up), anche se fruiti in ricovero, Day Hospital o Day Surgery
- 9) visite mediche di idoneità alla pratica di attività sportive, visite medico legali e/o assicurative, visite per il rilascio di certificazioni mediche anche se redatte da medico specialista, visite di medicina del lavoro
- 10) prestazioni non controllabili o non comprese nella pratica medica o nella farmacoepia ufficiale (es. cure omeopatiche, pranoterapia, iridologia, fitoterapia, cromoterapia, ecc.)
- 11) spese funerarie
- 12) spese relative al costo di copie di cartelle cliniche, copie di referti radiologici, copie film di coronarografie ecc.
- 13) elaborazione dieta
- 14) prodotti dietetici



- 15) presidi quali: ventriera, slip elastici, calzature ortopediche, calze elastiche, plantari, stampelle, bastoni ortopedici
- 16) spese per acquisto/noleggio di attrezzi per terapia fisica, ad eccezione di quelli relativi alla magnetoterapia
- 17) spese per acquisto/noleggio di: carrozzelle, letti ortopedici, girelli, tripodi
- 18) materiale di medicazione (ad esclusione di quello utilizzato in sede di intervento chirurgico)
- 19) pannoloni per incontinenti
- 20) spese per acquisto di detergenti per lenti a contatto
- 21) acquisto di bombole di ossigeno per ossigenoterapia domiciliare
- 22) spese viaggio e soggiorno per prestazioni sanitarie effettuate fuori dal luogo di residenza dell'Assicurato
- 23) quanto non espressamente indicato nell'elenco delle prestazioni del Regolamento del FISDAF.

Art. 4. Persone non assicurabili

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

ATTENZIONE

Il documento rappresenta una mera sintesi delle condizioni di polizza. Per le condizioni complessive si faccia riferimento al set informativo completo messo a disposizione.