



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria
per il personale
contrattualizzato
dell'Università degli Studi di
Roma Tre Associata a
Cassa Salute

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

*Prima della sottoscrizione
leggere attentamente
le condizioni di assicurazione*

MODELLO FI 2450

Edizione 07/2021

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 160.000.000 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. 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.



SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 53:

SEZIONE I

- **Glossario** *da pag. 1*

- **Capitolo 1 - Informazioni generali** - *da pag. 8*

- **Capitolo 2 - Condizioni assicurative** - *da pag. 10*

SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - *da pag. 17*

- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - *da pag. 35*

- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - *da pag. 37*

- **Capitolo 4 - Disposizioni varie** - *da pag. 51*

SEZIONE III

- **Capitolo 1 - ComfortSalute®**

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)

 - Domanda di riconoscimento della perdita di autosufficienza
-

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 delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione, il personale dirigente, il personale tecnico amministrativo e bibliotecario, collaboratori esperti linguistici dell'Università degli Studi Roma Tre e relativo Nucleo familiare.

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

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

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

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

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

Associato: Università degli Studi Roma Tre, associato alla Cassa.

Broker: intermediario di assicurazione iscritto alla Sez. B del Registro Unico Intermediari (RUI).

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

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

Cassa/Fondo: CASSA SALUTE, via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE), C.F. 97554000154; ha finalità assistenziale ed è abilitata¹ a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

CDA: Condizioni di assicurazione.

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 ed Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

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

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

Contraente: CASSA SALUTE, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

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. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

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

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

Evento e Data Evento:

- **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 evento: data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
Data evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.
Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.
Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.
- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.
Data evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

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

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assicurato, durante il ricovero.

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

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

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

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

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

- o fuori dall'orario di lavoro
- o in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- o 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:

- o gli stabilimenti termali
- o le case di convalescenza e di soggiorno
- o colonie
- o case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA)
- o 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 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS²).

² Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo 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 e mista. 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 <http://www.uniroma3.previmedical.it/> o nell’App mobile.

Nucleo familiare: Il titolare, il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente³, anche non fiscalmente a carico, e/o dai figli fiscalmente a carico anche non conviventi, e/o dai figli non risultanti dallo stato di famiglia dovuto a separazione o divorzio dei genitori.

Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi o affidati.

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

Polizza: contratto di assicurazione.

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

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: strumento o manufatto che sostiene, supplisce, aumenta o migliora una funzione insufficiente o compromessa di parti anatomiche (per esempio: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.).

Protesi acustica (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

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.

³ Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

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.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.
Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

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.

Costituisce parte integrante della Polizza.

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

Regime misto: regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede ad Istituti di cura convenzionati del Network e riceve prestazioni mediche da medici non convenzionati.

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

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.

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

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

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

Sport professionistico / Gare professionistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Per ricoveri con intervento chirurgico il sub-massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

Tecniche di comunicazione a distanza: tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Titolare: la persona fisica che, a seguito della sottoscrizione di un piano sanitario da parte dell'Associato con Cassa Salute, acquisisce lo stato di Assicurato nell'ambito della Polizza. Se il Titolare decide di estendere la copertura ai componenti del suo Nucleo familiare, anch'essi acquisiscono lo stato di Assicurati nell'ambito della Polizza.

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

Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

- medico specialista
- 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 sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

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

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 e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007⁴.

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2020⁵

Patrimonio netto:	€ 367.891.567
di cui	
- capitale sociale:	€ 160.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 146.026.695,00

Indice di solvibilità⁶: 270%

Art. 3. Carenza contrattuale

Non prevista.

Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 5. Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dal contratto.

Art. 6. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze⁷.

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

⁴ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

⁵ I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

⁶ L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

⁷ Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

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

Art. 7. 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.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Cosa si assicura

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

Si specifica che le "algie" di qualsiasi natura (es. lombalgie, sciatalgie, cervicalgie) rappresentano dolori localizzati o sintomi, ma non "patologie". Non si considerano patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Assicurato deve inviare alla Compagnia non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Assicurato, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.

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

Art. 9. 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'assicurazione⁸.

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

Il Contraente e/o l'Assicurato devono comunicare senza ritardo a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁹. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Intesa

⁸ 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.

⁹ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento¹⁰.

Art. 11. Decorrenza dell'assicurazione – Tacito Rinnovo - Pagamento del premio - Anagrafica

11.1 Decorrenza

L'assicurazione dura 36 mesi e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01/07/2021 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

11.2. Tacito Rinnovo

Il contratto non prevede il tacito rinnovo pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto.

Tuttavia l'Associato avrà facoltà di richiedere a Intesa Sanpaolo RBM Salute, entro 30 giorni dalla scadenza, il rinnovo del contratto, alle medesime condizioni economiche e normative tutte in corso, per una durata di ulteriori 12 mesi, laddove ritenuto opportuno e secondo la normativa vigente.

È facoltà dell'Associato richiedere a Intesa Sanpaolo RBM Salute una proroga temporanea della presente assicurazione, finalizzata all'espletamento o al completamento delle procedure di aggiudicazione di un nuovo contraente agli stessi prezzi, patti e condizioni.

La compagnia è tenuta all'esecuzione delle prestazioni previste alle medesime condizioni contrattuali ed economiche in vigore e il relativo rateo di premio, proporzionale alla maggior durata, deve essere corrisposto 30 giorni dall'inizio di ciascun periodo contrattuale aggiuntivo. In tal caso, inoltre, al termine di ciascun periodo di assicurazione aggiuntivo, deve avvenire l'eventuale regolazione del premio con le modalità previste dal successivo articolo.

11.3. Premio

Il Premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Pur annuo e indivisibile, è frazionato in modo semestrale e pagato da parte del Contraente non appena incassati i contributi da parte dell'Associato. L'Associato è tenuto a pagare i contributi al Contraente entro 60 giorni dall'emissione del certificato di polizza.

Il premio è versato dal Contraente a Intesa Sanpaolo RBM Salute con bonifico bancario, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate¹¹.

Scaduti i termini, con raccomandata Intesa Sanpaolo RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.

¹⁰ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

¹¹ Art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice civile.

Per il complesso delle prestazioni oggetto della presente copertura assicurativa, il corrispettivo annuo per il nucleo familiare (adesione volontaria da parte del Titolare, con onere economico a suo carico) è pari a 776,62 euro.

11.4 Anagrafica

Le anagrafiche devono pervenire a Intesa Sanpaolo RBM Salute tramite tracciato informatico concordato.

Anagrafica **provvisoria**: entro 30 giorni prima della decorrenza.

Anagrafica **definitiva**: entro la fine del mese di decorrenza della copertura assicurativa.

In mancanza, la Compagnia non potrà prendere in carico richieste di sinistro.

Art. 12. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

12.1 Nuove assunzioni

La copertura per il dipendente decorre:

- **se l'assunzione è comunicata a Intesa Sanpaolo RBM Salute, mediante trasmissione dell'Anagrafica, entro 90 giorni dall'assunzione:** dal giorno dell'assunzione
- **se l'assunzione è comunicata a Intesa Sanpaolo RBM Salute, mediante trasmissione dell'Anagrafica, dopo i 90 giorni:** dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

Inclusioni nel primo semestre di copertura (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 di copertura (che inizia dal momento della decorrenza dell'assicurazione): è dovuto il 60% del premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

Il titolare della presente copertura assicurativa può estendere la copertura al proprio nucleo familiare all'atto di assunzione.

12.2 Inclusione di Familiari in corso d'anno a seguito di evento

Le inclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo RBM Salute **entro 30 giorni** dalla decorrenza della presente copertura assicurativa.

Le inclusioni di familiari in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili esclusivamente alla scadenza di ciascuna annualità, ad eccezione del caso in cui vi sia una variazione dello stato di famiglia (per esempio, dalla nascita del figlio, matrimonio, convivenza). In questi casi la copertura decorre dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia, sempreché questa venga comunicata **entro 90 giorni** dalla variazione stessa. Se la comunicazione è fatta **dopo i 90 giorni**: la copertura opera dalle ore 00:00 del giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia.

Inclusioni nel primo semestre di copertura (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 di copertura (che inizia dal momento della decorrenza dell'assicurazione): è dovuto il 60% del premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

12.3 Esclusione di Assicurati

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro del titolare della presente copertura assicurativa, la copertura rimane attiva sia per il Titolare che per il relativo nucleo familiare, se presente, fino alla prima scadenza annuale successiva.

L'assicurazione cessa automaticamente dal momento del decesso del titolare; la copertura per gli eventuali familiari assicurati cessa alla prima scadenza annuale successiva.

Alla scadenza di ciascuna annualità, i componenti del nucleo familiare possono essere esclusi dalla presente copertura assicurativa, ma non possono più essere reinseriti.

In caso di esclusione di nuclei e/o persone in corso d'anno non viene rimborsato il premio.

12.4 Regolazione premio

Entro 90 giorni dalla scadenza del periodo annuo di assicurazione, l'Associato s'impegna a comunicare per iscritto al Contraente per tramite del Broker, i dati consuntivi necessari alla regolazione dei contributi. L'Associato è esonerato da tale comunicazione consuntiva qualora abbia già provveduto nel corso del periodo assicurativo a notificare le eventuali variazioni intervenute.

Il Contraente comunica immediatamente i dati alla Compagnia che, dopo averli verificati, è tenuta a emettere, entro 60 giorni dal ricevimento della comunicazione, la relativa appendice di regolazione del premio, inviata al Contraente.

Nel caso in cui dalla regolazione emerga che il premio incassato per l'annualità sia inferiore a quello effettivamente dovuto, il Contraente comunica all'Associato l'importo del maggior contributo dovuto e paga alla Compagnia la differenza di premio entro 60 giorni dalla data di ricezione dell'appendice di regolazione correttamente emessa. Resta inteso che, qualora la Compagnia non rispetti i suddetti termini per l'emissione dell'appendice di regolazione del premio, il Contraente è esonerato dal rispetto del termine per il pagamento del premio stesso. Nel caso in cui dalla regolazione emerga che il premio incassato per l'annualità sia superiore a quello effettivamente dovuto, la Compagnia è tenuta a pagare al Contraente la differenza di premio entro 30 giorni dalla data di emissione dell'appendice di regolazione: l'importo viene restituito al netto dell'imposta governativa, in quanto già versata all'Erario. Successivamente il Contraente restituisce all'Associato l'importo corrispondente al maggior contributo versato (sempre al netto dell'imposta governativa).

In relazione agli elementi presi come base per il conteggio dei premi la Compagnia ha diritto di richiedere al Contraente di effettuare verifiche e controlli, per i quali l'Associato è tenuto a fornire eventuali chiarimenti e la documentazione necessaria.

Se l'Associato non effettua nei termini prescritti la comunicazione dei dati anzidetti o il pagamento, per il tramite del Contraente, della differenza attiva dovuta, la Compagnia può



fissare un ulteriore termine per l'esecuzione di tali adempimenti, non inferiore a 30 giorni, trascorso il quale la Compagnia, fermo il diritto di agire giudizialmente, antepone alla liquidazione degli eventuali sinistri il pagamento del premio di regolazione arretrato.

Resta in ogni caso inteso che, nelle more della comunicazione dei dati consuntivi, l'assicurazione resta valida ed efficace per tutti gli elementi che, al momento del sinistro, sono inclusi nelle Categorie assicurate.

12.5 Categorie assicurate

- il personale contrattualizzato dell'Università degli Studi di Roma - ovvero personale dirigente, personale tecnico, amministrativo e bibliotecario, collaboratori esperti linguistici - anche comandato temporaneamente presso e da altre Amministrazioni Pubbliche, in servizio alla data della stipula della presente copertura assicurativa (forma obbligatoria);
 - relativi familiari come identificati nella definizione di Nucleo familiare a fronte del versamento di un premio aggiuntivo (forma volontaria)
- non rientranti tra le categorie di cui all'art. 24 "Persone non assicurabili".

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

I figli di dipendenti della stessa Amministrazione Pubblica coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti in copertura solo nel Nucleo del coniuge o convivente maggiore di età tra i due.

Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono dipendenti della stessa Amministrazione Pubblica e titolari del piano sanitario, non possono anche essere inseriti come familiari nel Nucleo del rispettivo coniuge o convivente.

Art. 13. Estensione Territoriale

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

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

Art. 14. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 15. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Informativa Privacy (allegato 2)

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

ricoscerà validità alcuna a documenti, relativi alla presente Assicurazione, predisposti da altri.

Art. 16. Trasferimento di agenzia 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, Intesa Sanpaolo RBM Salute consegna al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 17. Assicurazione per conto altrui

Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato¹².

Art. 18. 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 da Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Art. 19. Foro Competente

Per le controversie

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

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 20. Controversie: mediazione

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente¹³.

¹² Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

¹³ D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 21. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

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

Sezione II

CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 22. 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.

La garanzia è operante per tutti gli assicurati indipendentemente dalle loro condizioni di salute, pertanto sono incluse nell'assicurazione le malattie che siano l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche insorte anteriormente alla stipulazione della polizza, nonché le malattie croniche e recidivanti.

Si specifica che le "algie" di qualsiasi natura (es. lombalgie, sciatalgie, cervicalgie) rappresentano dolori localizzati o sintomi, ma non "patologie". Non si considerano patologie nemmeno eventuali stati d'essere, come l'astenia. La prescrizione medica che l'Assicurato deve inviare alla Compagnia non potrà pertanto riferirsi alla sola presenza di algie o stati d'essere in capo all'Assicurato, ma dovrà sempre indicare in modo chiaro la patologia, sospetta o accertata, per la quale viene disposta l'esecuzione delle prestazioni.

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.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni



1.1. Ricovero con e senza intervento chirurgico in Istituto di Cura o in Regime di Day Hospital o Intervento ambulatoriale

Prima del ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche effettuati entro 90 giorni prima del ricovero o dell'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico

Durante il ricovero

- Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento



- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici, comprese le endoprotesi applicate durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- assistenza medica e infermieristica, cure, medicinali, esami, nonché trattamenti fisioterapici e riabilitativi, accertamenti diagnostici
- rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione) nel limite di 300 euro al giorno in caso di utilizzo del regime rimborsuale.

Dopo il ricovero

Accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, acquisto dei medicinali, prestazioni mediche e infermieristiche, acquisto e/o noleggio di apparecchi protesici e sanitari comprese le carrozzelle ortopediche, prestazioni per recuperare la salute quali trattamenti fisioterapici o rieducativi, cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati 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.

Trapianti

In caso di trapianto, sono riconosciute le spese relative al prelievo di organi o parte di essi, al ricovero del donatore, gli accertamenti diagnostici, l'assistenza medica ed infermieristica, all'intervento chirurgico di espianto, cure, medicinali, e rette di degenza.



1.2 Parto cesareo ed aborto terapeutico

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro i relativi sub-massimali indicati in polizza.

Le rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione) sono previste nel limite di 300 euro al giorno.

Sono inoltre previste le spese dell'accompagnatore di cui al successivo punto 1.4, e le spese relative al trasporto in autoambulanza dell'Assicurato di cui al successivo punto 1.6, nel limite di 1.200 euro per evento.

Parto cesareo: le spese per eventuali interventi concomitanti (appendicectomia, cisti ovarica, laparocoele, ernia ombelicale, annessiectomia, salpingectomia, isterectomia) sono rimborsabili nei limiti del sub-massimale specifico per il Parto cesareo.



1.3 Parto naturale

Spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1.1 "durante il ricovero" entro i relativi sub-massimali indicati in polizza.



Le rette di degenza, escluse quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione) sono previste nel limite di 250 euro al giorno.

Limite: 2.600 euro per annualità assicurativa.



1.4 Spese accompagnatore

Per un accompagnatore dell'Assicurato che debba recarsi presso un Istituto di Cura per essere ricoverato ai sensi di polizza: 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).

Limite: 80 euro al giorno per 30 giorni per annualità assicurativa.



1.5 Trasporto sanitario

Trasporto dell'Assicurato in ambulanza in un Istituto di Cura (andata e ritorno) presso il quale debba recarsi per essere ricoverato ai sensi di polizza, e da un Istituto di Cura a un altro.

Limite: 1.200 euro per intervento o ricovero

1.6 Trasporto con accompagnatore all'estero

Trasporto dell'Assicurato all'estero in treno o aereo di linea (andata e ritorno) e di un eventuale accompagnatore in un Istituto di Cura presso il quale debba recarsi per essere ricoverato ai sensi di polizza.

Limite: 2.000 euro



1.7 Rimpatrio della salma

Rimpatrio della salma in caso di decesso all'estero durante il ricovero o intervento chirurgico a seguito di malattia o infortunio previsti dalla Polizza.

Limite annuo: 1.600 euro.



1.8 Indennità sostitutiva

Nel caso in cui le spese sanitarie da ricovero siano a totale carico dell'Assistenza Sanitaria Sociale o interamente rimborsate in forza di polizza stipulata presso altra Compagnia di Assicurazione, l'Assicurato ha il diritto a richiedere alla Compagnia l'erogazione di una indennità.

L'importo dell'indennità è di 100 euro per ogni giorno di ricovero, fino a un massimo di 150 giorni per annualità assicurativa.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura sanitaria

La franchigia di euro 700 prevista per la garanzia di cui al punto 1.1. ai fini del pagamento dell'indennità sostitutiva, è sostituita da una franchigia di 2 giorni; in tale caso l'indennità sostitutiva viene pertanto corrisposta a partire dal terzo giorno di ricovero.

L'Assicurato che si trova nelle condizioni sopra descritte per richiedere l'indennità sostitutiva può altresì richiedere il rimborso delle spese per le prestazioni descritte al punto 1.1 nei paragrafi denominati "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero rispetto al quale viene calcolata l'indennità sostitutiva. Tali spese sono riconosciute alle condizioni e secondo i limiti massimi indicati nell'ambito delle singole garanzie extra ricovero in cui sono previste.

2. Altre condizioni per tutte le prestazioni ospedaliere

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre anche le spese per gli interventi ricostruttivi, effettuati in vigenza di polizza, resi necessari da infortunio o malattia.

3. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui/nucleo

Per il complesso delle prestazioni indicate: 200.000,00 euro a Nucleo.

Sub-massimali annui a Nucleo per

- parto cesareo e aborto terapeutico: 7.500,00 euro per annualità assicurativa
- parto naturale: 2.600,00 euro per annualità assicurativa
- spese accompagnatore: 80 euro al giorno per 30 giorni per annualità assicurativa
- trasporto sanitario: 1.200,00 euro per intervento o ricovero in caso di trasporto in autoambulanza. 2.000 euro per intervento o ricovero in caso di trasporto dell'Assicurato e di un eventuale accompagnatore all'estero (andata e ritorno), in treno o in aereo di linea.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno

- Regime rimborsuale: scoperto del 20% col minimo di 700,00 euro

Prestazioni in Regime misto:

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre solo le spese per il ricovero alle condizioni previste dall'assistenza diretta, mentre per il costo dell'equipe medica non convenzionata si applicano le stesse condizioni e modalità del regime rimborsuale

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 200.000,00

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 14.298,00 a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 200.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 20% minimo € 700,00

Indennizzo € 11.438,40 (14.298,00 perché lo scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

3. Anticipo dell'indennizzo

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assicurato domandare anticipatamente – entro il limite dell'80% della somma assicurata – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

L'anticipazione delle spese può avere luogo a condizione che:

- non sorgano contestazioni sulla risarcibilità a termini di polizza delle spese di ricovero;
- sia presentata la certificazione dell'istituto di cura che attesti l'avvenuta richiesta del deposito ed il presunto ammontare delle spese sanitarie.

Al termine del ricovero, previa presentazione delle notule di spesa, si procede al conguaglio attivo o passivo.

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. ALTA SPECIALIZZAZIONE

1.1 Alta Diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) anche digitale

- Angiografia
- Artrografia
- Broncografia
- Cisternografia





- Cistografia
- Cistouretrografia
- Clisma opaco
- Colangiografia intravenosa
- Colangiografia percutanea (PTC)
- Colangiografia trans Kehr
- Colecistografia
- Colonscopia
- Dacriocistografia
- Defecografia
- Discografia
- Fistelografia
- Flebografia
- Fluorangiografia
- Galattografia
- Gastroscopia
- Isterosalpingografia
- Linfografia
- Mielografia
- Pneumoencefalografia
- Retinografia
- Rettoscopia
- Rx esofago con mezzo di contrasto
- Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
- Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
- Rx torace
- Scialografia
- Splenoportografia
- Tomografia torace
- Tomografia in genere
- Urografia
- Vesciculodeferentografia
- Videoangiografia
- Wirsunggrafia

1.2 Accertamenti

- Amniocentesi
- Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- Ecocardiografia
- Elettroencefalogramma
- Elettromiografia
- Mammografia o Mammografia Digitale
- Prelievo dei villi coriali
- Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)



- Scintigrafia
- Tomografia a emissione di positroni (PET)
- Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

1.3 Terapie

- Chemioterapia
- Cobaltoterapia
- Dialisi
- Laserterapia a scopo fisioterapico
- Radioterapia

1.4 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali annui

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 7.500,00 euro per annualità assicurativa e per Nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia fissa di 50,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 20% per ogni prestazione o ciclo di terapia effettivamente sostenuta
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 7.500,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Franchigia € 50,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 195,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 7.500,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoperto 20%

Indennizzo € 196,00

2. PRESTAZIONI AMBULATORIALI

2.1. Prestazioni

Sono riconosciute le spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio (escluse le visite odontoiatriche, ortodontiche e pediatriche)

I documenti di spesa (fatture e ricevute) devono riportare l'indicazione della specialità del medico, la quale, ai fini del rimborso, è necessario attinente alla patologia denunciata.



2.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.000,00 euro a Nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia 30,00 euro
- Regime rimborsuale: scoperto del 25%
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 2.000,00

Costo del RX torace € 65,00

Franchigia € 30

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 35 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 30 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.000,00

Richiesta di rimborso per RX torace € 65,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 48,75

3. CURE ONCOLOGICHE

3.1 Prestazioni

Nei casi di malattie oncologiche, sono riconosciute le spese sostenute per visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche (anche farmacologiche), anche a integrazione di quanto previsto al punto 2 - ALTA SPECIALIZZAZIONE.



3.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 5.000,00 euro a Nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno scoperto
- Regime rimborsuale: scoperto 25% per fattura/persona
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: ticket rimborsati al 100%.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo terapia oncologica € 800,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 800,00 a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso per terapia oncologica € 800,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 600,00

4. LENTI

4.1. Prestazioni

- Sono indennizzate le spese per le sole lenti e lenti a contatto (escluse le montature degli occhiali) a seguito di modifica del visus certificato da medico oculista o optometrista abilitato o dell'ortottico, per recuperare l'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi. La prescrizione deve riportare il nome e cognome dell'Assicurato nonché l'indicazione della patologia (ad esempio miopia, astigmatismo ecc..) che comporta l'uso di lenti.
- la richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno
- è necessario presentare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹⁴.



¹⁴ D.Lgs 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

4.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

- Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 200,00 euro a Nucleo.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: nessuno
- Regime rimborsuale: nessuno

Esempi:

Regime di Assistenza diretta/Regime rimborsuale

Massimale € 200,00

Costo delle lenti a contatto € 50

Prestazione autorizzata € 50

5. PROTESI

5.1 Prestazioni

Sono indennizzate le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e apparecchi acustici.



5.2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Sub Massimale annuo condiviso con l'Alta specializzazione per il complesso delle prestazioni indicate: 1.100,00 euro a Nucleo

Regimi di erogazione

Regime rimborsuale

Franchigie e scoperti

Regime rimborsuale: scoperto del 20%

Esempio:

Regime rimborsuale

Sub. Massimale € 1.100,00

Richiesta di rimborso € 200

Scoperto 20%

Indennizzo € 131,65 (€ 164,57 - 20%)

C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate solo in Centri medici, da:

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



1. Prestazioni

- sono riconosciute le spese per trattamenti fisioterapici a seguito di malattia e/o infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa
- deve essere richiesta l'autorizzazione per l'intero ciclo delle prestazioni e non per le singole sedute
- il numero massimo di sedute per ogni singola richiesta non potrà superare le dodici unità

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

- effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico
- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 2.200,00 euro a Nucleo,

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale



Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: franchigia di 50,00 euro sull'intero ciclo di prestazioni;
- Regime rimborsuale: scoperto del 25%;
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 2.200,00

Costo della massoterapia (3 sedute) € 240,00

Franchigia € 50

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 190,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.200,00

Richiesta di rimborso per massoterapia € 240,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 180,00

D) PREVENZIONE

E' previsto il pagamento diretto delle prestazioni di prevenzione, di seguito elencate, effettuate solo in strutture sanitarie convenzionate, per il solo assicurato titolare (singolo dipendente contrattualizzato) differenziate per sesso e per periodo assicurativo. Le prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

1. Prevenzione Cardiovascolare

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninamino transferasi (ALT/GP)
- Aspartatoamino transferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

2. Prevenzione Cardiovascolare



Prestazioni previste per le donne una volta l'anno

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninamminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)



3. Prevenzione Oncologica

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta ogni due anni

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninamminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- PSA (Specifico antigene prostatico)
- Ecografia prostatica
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

4. Prevenzione Oncologica

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta ogni due anni

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninamino transferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoamino transferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Omocisteina
- Visita ginecologica e PAP-Test
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)

5. Pacchetto Prevenzione UOMO/DONNA con età uguale o maggiore di 30 anni

Patologia Maculopatia e/o Glaucoma

Prestazioni previste: OCT (Tomografia a Coerenza Ottica) – Pachimetria

Corneale – Campimetria computerizzata – Consegnà del referto da parte dell'Oculista.

E' previsto, inoltre, il pagamento diretto delle prestazioni di prevenzione di seguito indicata, effettuata solo in strutture sanitarie convenzionate, per tutti i figli facenti parte del nucleo familiare assicurato:

Prevenzione dell'obesità infantile

Copertura integrale presso strutture e medici convenzionati delle spese necessarie alla effettuazione del programma per la prevenzione dell'obesità infantile. Tale garanzia è riservata ai figli dai 4 anni (compiuti) fino ai minori di 18 anni, con questionario volto a rilevare se il minore si trova in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso. Nel caso in cui il minore si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, possibilità di effettuare annualmente in garanzia di polizza una visita specialistica dal pediatra/dietologo

2. Regimi e condizioni di erogazione

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Nessuno

E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

1. Prestazioni

A parziale deroga di quanto previsto all'art. 23 "esclusioni" punto 13) possono essere rimborsate le spese per:

- cure odontoiatriche
- cure ed apparecchi ortodontici
- acquisto e ribasamento di protesi odontoiatriche
- diagnostica radiologica dentaria
- cure varie

Una volta l'anno è previsto, per l'Assicurato e per ciascun membro del nucleo familiare assicurato, il pagamento integrale di:

- Una visita specialistica
- Una igiene orale professionale completa



Dette prestazioni sono previste in aggiunta al massimale sotto indicato.

2. Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 1.200,00 euro a Nucleo

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

Franchigie e scoperti

- Assistenza diretta: scoperto del 15%;
- Regime rimborsuale: scoperto del 30%
- se usato il Servizio Sanitario Nazionale: **ticket rimborsati al 100%**.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 1.200,00

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

Scoperto 15%

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 144,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 25,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.200,00

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

Scoperto 30%

Indennizzo: € 119

LONG TERM CARE

1. Long Term Care (LTC) – Perdita di autosufficienza

1.1 Prestazioni

La garanzia opera in caso d'infortunio o malattia per il quale derivi all'Assicurato titolare (singolo dipendente contrattualizzato) la perdita di autosufficienza nel compimento delle attività primarie (come descritta nel punto successivo) in modo tendenzialmente permanente e comunque per un periodo superiore a 90 giorni.

Lo stato di non autosufficienza deve verificarsi successivamente alla data di inizio copertura per l'Assicurato e durante il periodo di copertura della polizza.

Intesa Sanpaolo RBM Salute copre le spese sopra citate solo se sostenute per prestazioni effettuate nel periodo di vigenza della polizza.



1.2 Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana:

- Lavarsi
- vestirsi e svestirsi
- igiene del corpo
- mobilità
- continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello (**allegato 3**) fornito da Intesa Sanpaolo RBM Salute, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Il punteggio minimo per la dichiarazione di non autosufficienza è di 40 punti.

- **Farsi il bagno**

1° grado: l'assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

- **Vestirsi e svestirsi**

1° grado: l'assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente

autonomo: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

- **Igiene del corpo**

1° grado: l'assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

- **Mobilità**

1° grado: l'assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle.

È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

- **Continenza**

1° grado: l'assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

- **Bere e mangiare**

1° grado: l'assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10

1.3 Regimi e condizioni di erogazione

Intesa Sanpaolo RBM Salute, dopo la ricezione della documentazione relativa allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, si riserva di comunicare entro 60 giorni le proprie valutazioni in merito alla situazione rappresentata, anche con riferimento al momento in cui lo stato di non autosufficienza può dirsi verificato, ai fini dell'operatività della garanzia.

In ogni caso Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

Al verificarsi della perdita di autosufficienza Intesa Sanpaolo RBM Salute copre, nel limite previsto dalla presente Polizza, le spese regolarmente documentate, relative a personale medico od infermieristico qualificato, sostenute per l'assistenza sanitaria al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio dell'Assicurato non autosufficiente, o per prestazioni della medesima natura erogate presso strutture residenziali e semi-residenziali legalmente autorizzate.

Massimali

Massimale annuo per il titolare: 1.500,00 euro annui per tre anni, quale indennità massima che l'Assicurato può ottenere a fronte di spese per prestazioni erogate esclusivamente in forma diretta oppure erogate in forma diretta e in regime rimborsuale.

Regimi di erogazione

Assistenza diretta: fino a un massimo di 1.500,00 euro

Regime rimborsuale: fino a un massimo di 750,00 euro

Regime indennitario (in assenza di spese documentate nell'anno) 375,00 euro (rata unica posticipata erogata alla fine del primo trimestre dell'anno successivo a quello di competenza)



CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 23. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente
- 2) gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
- 3) gli infortuni determinati da ubriachezza o sofferti sotto influenza di allucinogeni, di stupefacenti e di psicofarmaci, nonché in conseguenza di proprie azioni dolose delittuose
- 4) gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- 5) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici preesistenti alla stipulazione del Contratto
- 6) le cure e gli interventi di chirurgia per l'eliminazione o correzione di difetti della vista dovuti a vizi di rifrazione (ad esempio: correzione di miopia ed astigmatismo) ad eccezione di quanto segue: la garanzia opererà qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle 4 diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiore alle 9 diottrie
- 7) infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti a sieropositività HIV, alcolismo e tossicodipendenza
- 8) le cure delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere compresi i comportamenti nevrotici
- 9) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici e ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e di stupefacenti
- 11) le cure e gli interventi finalizzati al trattamento dell'infertilità e comunque quelli relativi all'inseminazione artificiale
- 12) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo quelli a scopo ricostruttivo resi necessari da infortunio o malattia
- 13) le protesi dentarie ed ortodontiche, le cure dentarie e del paradonzio, gli interventi preprotesi e di implantologia salvo quanto previsto alla lettera E) Prestazioni odontoiatriche
- 14) le conseguenze dirette ed indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo che siano causate da radiazioni utilizzate per terapie mediche
- 15) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche
- 16) le degenze in case di riposo, di convalescenza, di soggiorno, cronici o in stabilimenti o centri di cura termali, idroterapici, fitoterapici, dietologici o del benessere.

Art. 24. Persone non assicurabili

Le persone che alla decorrenza dell'assicurazione abbiano già compiuto 85 anni. Per gli Assicurati che raggiungono il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga.

In occasione del passaggio a quiescenza, la presente copertura assicurativa cessa alla prima scadenza annuale del contratto; è tuttavia data facoltà a ciascun Assicurato di continuare la propria copertura assicurativa senza soluzione di continuità per sé e per il proprio nucleo familiare, dietro versamento a proprio carico del premio maggiorato del 50% rispetto a quello stabilito per il personale della propria categoria di appartenenza (personale contrattualizzato e docenti).

La presente copertura assicurativa si intende operante fino al permanere del rapporto di lavoro con l'Università degli studi Roma Tre; allo scioglimento di detto rapporto, l'Assicurazione cessa con effetto dalla prima scadenza annuale.

CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL’INDENNIZZO

Art. 25. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

25.1 Oneri

Denuncia

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

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all’indennizzo¹⁵.

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

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 curante ai fini della cura della patologia dell’assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi, in cui si ritengono mancare gli elementi essenziali sopra richiamati

Assistenza diretta

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

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile

¹⁵ Art. 1915 “Inadempimento dell’obbligo di avviso o di salvataggio” del Codice civile.



- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prestazione eseguita in struttura convenzionata
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

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

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; assenza di materiale radiografico e foto intraorali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

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

Data del Sinistro

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

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

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

Lingua della documentazione

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

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

L'accertamento può essere disposto

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

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare Intesa Sanpaolo RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - 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 in queste CDA.

Uso di medici, odontoiatri e strutture convenzionate

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi solo in Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

Nel Regime misto l'obbligo riguarda solo le prestazioni della Struttura convenzionata.

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.

Prestazioni intramoenia

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

Prestazioni tra due annualità

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

In regime di Assistenza Diretta, nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla polizza. L'Assicurato è tenuto a restituire a Intesa Sanpaolo RBM Salute, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa). Nel caso in cui la prestazione non potesse rientrare nelle prestazioni extraospedaliere, l'Assicurato è tenuto, su richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, a restituire l'intera somma pagata dalla Compagnia alla Struttura Convenzionata o a pagare direttamente il dovuto alla Struttura Convenzionata se la Compagnia non aveva ancora provveduto al pagamento.

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).

25.2. Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta o mista

a) Prima della prestazione

L'Assicurato deve:

- procurarsi tutta la documentazione prevista, se richiesta dalle presenti CDA, per eseguire la prestazione in regime di Assistenza diretta (es. prescrizione medica con indicazione della patologia);
- selezionare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione, tramite accesso alla propria area riservata o App mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa. Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com o tramite App mobile.
- contattare autonomamente la struttura del Network selezionata e prenotare la prestazione da eseguire. Si richiede all'Assicurato di fare in modo che la data della prestazione sia fissata almeno 9 giorni dopo la prenotazione, per le prestazioni ospedaliere, e 5 giorni dopo la prenotazione per le prestazioni extraospedaliere e le prestazioni dentarie;

- chiedere alla Compagnia l'autorizzazione all'erogazione della prestazione prenotata, allegando tutta la documentazione prevista (in caso di telefonata, gli operatori indicheranno all'Assicurato come inviare la documentazione). La richiesta può essere avanzata attraverso:
 - app mobile
 - portale web
 - numeri telefonici dedicati: **800.99.13.73** (numero verde)
 - per chiamate dall'estero **+39.0422.17.44.151**

La Compagnia necessita di almeno 48 ore per valutare la richiesta e pertanto, se contattata per tempo, garantisce di fornire la risposta alla richiesta almeno 7 giorni (di calendario) prima della data della prestazione, in caso di prestazioni ospedaliere, e 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione, in caso di prestazioni extraospedaliere e prestazioni dentarie.

Se l'Assicurato non si attiva per tempo e la richiesta perviene alla Compagnia nei 7 giorni precedenti alla data della prestazione, in caso di prestazioni ospedaliere, o nei 3 giorni precedenti alla data della prestazione, in caso di prestazioni extraospedaliere e prestazioni dentarie, la Compagnia proverà comunque a fornire risposta alla richiesta, purché questa sia pervenuta entro e non oltre le 48 ore lavorative precedenti alla data della prestazione prenotata. In tal caso la risposta, se fornita, non potrà essere garantita dalla Compagnia nei termini di preavviso sopra indicati (7 giorni e 3 giorni prima della data della prestazione, a seconda dei casi).

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

Dati da fornire

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- struttura sanitaria convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione
- prestazione da effettuare
- data della prestazione
- diagnosi o quesito diagnostico.

Documenti da trasmettere

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata



- prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero: 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 e odontoiatrica)
- **copia del tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up
- **copia del certificato di prenotazione del ricovero** per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta
- **in caso di infortunio devono essere presentati anche:**
 - **referto del Pronto Soccorso**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può chiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere **visitato a sue spese da un medico legale indicato e incaricato da RBM Salute**. La spesa massima garantita della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**.
 - Se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile**.
 - **In caso di incidente stradale**: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche **il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, 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
- **prestazioni odontoiatriche**: per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:
 - **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan e/o Teleradiografie**
 - **referto dell'esame istologico in caso di asportazione di cisti mascellari o biopsie**



- **certificati di laboratorio**

come meglio dettagliati nella tabella sotto riportata:

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5^a classe di BLACK)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di: intarsi, amputazione coronale della polpa (polpotomia) e otturazione cavo pulpare, incappucciamento della polpa	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi, anche certificato di laboratorio
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico	Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopantomica post prestazione (ortopantomica in alternativa a Rx endorale). disinclusione denti ritenuti: anche ortopantomica post prestazione. estrazione di dente in soggetto



			sottoposto a narcosi in circuito: anche il certificato dell'anestesista biopsie: esame istologico post prestazione.
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopantomiche e/o Dentalscan		Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche		Fotografie intraorali e certificato di laboratorio
ORTOGNATODONZIA (per es. terapia ortodontica con apparecchiature fisse)	Ortopantomica, teleradiografia, fotografie intraorali e dei modelli in gesso singoli e in occlusione		Fotografie post prestazione (con apparecchio applicato)
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopantomiche	Fotografie in caso di: chirurgia gengivale, chirurgia mucogengivale o abbassamento di fornice, amputazioni radicolari, chirurgia ossea, innesto autogeno o di materiale biocompatibile, lembo gengivale semplice, lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici	Fotografie e/o radiografie endorali



		e/o courettage gingivale.	
IGIENE ORALE (ablazione del tartaro)			Fotografie intraorali post prestazione
DIAGNOSTICA (per es.radiografia endorale)			Immagine referto

- **certificato** del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti. Per la rottura delle lenti è richiesta anche la foto e la dichiarazione dell'ottico che attesta la rottura delle lenti già oggetto di indennizzo da parte della copertura.
- **per escludere la presenza di patologie preesistenti:** certificato anamnestico e relativi referti

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Come trasmettere i documenti:

- da portale web o con l'app mobile
- per mail: assistenza.uniroma3@previmedical.it

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Compagnia abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmessa all'Assicurato **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno dell'sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

E' data l'opportunità agli Assicurati, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Intesa Sanpaolo RBM Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@intesasanpaolorbmsalute.it

b) Mancata attivazione della Centrale Operativa

Se l'Assicurato ha effettuato una prestazione presso una struttura sanitaria convenzionata senza prima attivare la Centrale operativa, non è riconosciuto il rimborso della prestazione.

c) Dopo l'esecuzione della prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali prestazioni non contemplate dalla Condizioni di Assicurazione).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura convenzionata della fattura e della documentazione medica richiesta all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (ad esempio la cartella clinica).

d) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per la garanzia Ricovero)

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa

- l'Assicurato o altro soggetto legittimato può chiedere il rilascio dell'autorizzazione 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 (per mail assistenza.uniroma3@previmedical.it) allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

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

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

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

27.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea**, **b) on line**. In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.

- le prestazioni devono
- essere prescritte **da un medico diverso da quello che effettua (direttamente o indirettamente) le prestazioni, ad eccezione delle prestazioni odontoiatriche**; se il medico che prescrive è anche (direttamente o indirettamente) quello che effettua le prestazioni, è **necessario il relativo referto**.
- essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)
- essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)
- essere fatturate da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, Intesa Sanpaolo RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto all'Assicurato entro 25 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.intesasanpaolorbmsalute.com sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo RBM Salute prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo (incluso il "Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia", da sottoscrivere con firma specifica in aggiunta a quella da apporre in calce alla richiesta di rimborso). In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

1. **documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta**. L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere
3. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.**, in caso di Ricovero anche in Day Hospital

4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
5. **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti; sono escluse le lenti "usa e getta". Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹⁶.
La richiesta di rimborso per le lenti a contatto deve essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno assicurativo
6. **per la diaria da convalescenza**: l'inabilità deve essere certificata nella cartella clinica
7. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, 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 (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
8. **in caso di gravidanza a rischio**: certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
9. copia del **tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
10. **per trattamenti fisioterapici**:
 - i. **prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
 - ii. indicazione del **titolo di studio** del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
 - iii. in caso di ciclo di prestazioni, il calendario rilasciato dal Centro medicoLe richieste di rimborso devono essere presentate al termine della cura.
11. per prestazioni in **Regime misto**: l'Assicurato deve presentare anche:
 - un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata che attesta il pagamento delle prestazioni dell'équipe non convenzionata, oppure
 - prova del pagamento degli onorari medici (per esempio copia del bonifico bancario eseguito)
12. per gli stati di non autosufficienza l'Assicurato deve dimostrare lo stato di non autosufficienza mediante presentazione di apposita certificazione medica specialistica e compilare l'apposito modulo di richiesta (**Allegato 3**)
13. per le prestazioni dentarie, che devono essere presentate dopo l'avvenuta prestazione:
 - per conservativa endodontica (ad esempio una carie), cure odontoiatriche (per es. splintaggio, molaggio, placca di svincolo) e cure ortodontiche: la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante, e la patologia/diagnosi
 - per le cure ortodontiche (per es. studio del caso ortodontico, visita ortodontica) deve essere indicata anche la relativa Classe scheletrica e/o di Angle per ortognatodonzia (per esempio terapia ortodontica):

¹⁶ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

14. in caso di **infortunio** devono essere presentati anche:

- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**; è comunque sempre necessaria la **prescrizione medica dell'odontoiatra**;
- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo**.
In caso di incidente stradale: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole)

15. **certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21** in caso di richiesta di indennità

16. **per escludere la presenza di patologie preesistenti:** certificato anamnestico e relativi referti

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.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:
INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
c/o PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (<http://www.uniroma3.previmedical.it/> - Gestisci la tua polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi – Area Riservata – sinistri)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che Intesa Sanpaolo RBM Salute considera equivalente all'originale. Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Restituzione delle somme indebitamente pagate



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

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

CAPITOLO 4 – DISPOSIZIONI VARIE

Art. 26. Clausola Broker

La gestione di questa polizza è affidata a De Besi Di Giacomo S.p.a., con sede legale in Lungo Tevere Flaminio, 14 - 00196 - Roma (RM), quale broker di assicurazione. Il Contraente, gli Assicurati, gli Associati/Aziende Associate e Intesa Sanpaolo RBM Salute danno atto che tutti i rapporti inerenti all'esecuzione del contratto avvengono tramite il broker.

Sezione III

CAPITOLO 1 - ComfortSalute®



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**.

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

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

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

2. CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

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

Sul sito internet <http://www.uniroma3.previmedical.it/>

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).

Web (<http://www.uniroma3.previmedical.it/>)

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 "Citrus"

Con l'app mobile "Citrus®", è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network

- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta.

Per accedere all' App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all' Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli¹⁷:

Art. 9 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 10 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 11 - Decorrenza dell' assicurazione – Tacito Rinnovo - Premio - Anagrafica

Art. 12 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

Art. 14 - Forma delle comunicazioni

Art. 19 - Foro competente

Art. 23 - Esclusioni

Art. 24 - Persone non assicurabili

Art. 25 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.
Marco Vecchietti
Amministratore Delegato e Direttore Generale



¹⁷ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.



Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
1.1. Ricovero con e senza intervento chirurgico in Istituto di Cura, o Day Hospital o Intervento Ambulatoriale	
Massimale	200.000,00 euro
Condizioni:	
- diretta	100%
- rimborso	Scoperto 20% col minimo di 700,00 euro
Pre/post	90 gg / 120 gg
Retta di degenza	
Condizioni:	
- diretta	100%
- rimborso	300 euro al gg
1.2. Parto cesareo e aborto terapeutico	
Sub Massimale	7.500,00 euro
Condizioni:	
- diretta	100%
- rimborso	Scoperto 20% col minimo di 700,00 euro
Pre/post	90 gg / 120 gg
Retta di degenza	300 euro al gg
1.3. Parto Naturale	
Sub Massimale	2.600,00 euro
Condizioni:	
- diretta	100%
- rimborso	Scoperto 20% col minimo di 700,00 euro
Pre/post	90 gg / 120 gg
Retta di degenza	250 euro al gg
Sub massimali *	
Spese Accompagnatore	80,00 euro al giorno per massimo 30 giorni
Trasporto sanitario	1.200,00 euro in Italia
Trasporto con accompagnatore all'estero	2.000,00 euro
Rimpatrio salma	1.600,00 euro
Indennità sostitutiva	100,00 euro al giorno per massimo 150 giorni
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Alta specializzazione	
Massimale	7.500,00 euro
Condizioni:	
- diretta	Franchigia fissa 50,00 euro
- rimborso	Scoperto 20% per prestazione/ciclo di terapia
- Ticket	Al 100%
2. Prestazioni ambulatoriali	
Visite specialistiche	
Massimale	2.000,00 euro
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 30,00 euro
- rimborso	Scoperto del 25%
- Ticket	Al 100%
3. Cure oncologiche	
Massimale	5.000,00 euro



Condizioni:	
- diretta	al 100%
- rimborso	Scoperto del 25% per fattura/persona
- Ticket	al 100%
4. Lenti e Occhiali	
Massimale	200,00 euro all'anno e a nucleo
Condizioni:	
- diretta/rimborso	100%
5. Protesi ortopediche e acustiche	
Sub Massimale dell'Alta specializzazione	1.100,00 euro
Condizioni:	
- rimborso	Scoperto 20%
C) FISIOTERAPICHE	
Massimale	2.200,00 euro a nucleo
Condizioni:	
- diretta	Franchigia 50,00 euro sull'intero ciclo di prestazioni
- rimborso	Scoperto 25%
- Ticket	al 100%
D) PREVENZIONE	
Massimale	In un'unica soluzione
Condizioni:	per il solo assicurato titolare
- diretta	100%
Prevenzione Cardiovascolare	
- uomini	1 volta l'anno
- donne	1 volta l'anno
Prevenzione Oncologica	
- uomini di età superiore ai 45 anni	1 volta ogni 2 anni
- donne di età superiore ai 35 anni	1 volta ogni 2 anni
Pacchetto prevenzione	
- Uomo /donna età maggiore a 30 anni	1 volta all'anno
Prevenzione dell'obesità infantile	
- Ai figli del nucleo assicurato dai 4 anni compiuti fino ai minori di 18	1 volta l'anno
E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
1. Cure dentarie	
Massimale	1.200,00 euro a nucleo oltre a una visita specialistica e una seduta di igiene orale all'anno per assicurato e per ciascun membro del nucleo
Condizioni:	
- diretta	Scoperto 15%
- rimborso	Scoperto 30%
- Ticket	Al 100%
LONG TERM CARE (LTC)	
LTC	per il solo assicurato titolare
Massimale	1.500 euro annui per tre anni, quale indennità massima che l'Assicurato può ottenere a fronte di spese per prestazioni erogate esclusivamente in forma diretta oppure erogate in forma diretta e in regime rimborsuale
Condizioni:	
diretta	1.500 euro
rimborso	Submassimale 750 euro
Indennizzo in assenza di spese documentate	375,00 euro rata unica erogata alla fine del primo trimestre dell'anno successivo a quello di competenza
COMFORTSALUTE®	Previsto

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento"

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.intesasanpaolorbmsalute.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@intesasanpaolorbmsalute.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 e 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 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, INPDAI, 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@intesasanpaolorbmsalute.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.

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.

Allegato 3
DOMANDA DI RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Il presente modulo dovrà pervenire, unitamente alla documentazione medica e di spesa in fotocopia, al seguente indirizzo:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
Via E. Forlanini 24 – 31022 Preganziol (TV)

DATI ANAGRAFICI TITOLARE DELLA COPERTURA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Tel _____ Cell (*) _____ E-mail _____
Azienda di appartenenza _____

(*) indicare un numero di telefono cellulare se si intende usufruire del servizio “SEGUI LA TUA PRATICA”, attraverso l’invio di un SMS; comunicando il numero di cellulare autorizzi l’invio di sms di promemoria e scadenze delle tue pratiche.

DATI ANAGRAFICI FAMILIARE PER IL QUALE SI RICHIEDE IL RICONOSCIMENTO DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA

Cognome _____ Nome _____
Nato/a _____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____

DATI ANAGRAFICI DEL TUTORE/PROCURATORE (SE NOMINATO)

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____
_____ il _____ Sesso M F Codice Fiscale _____
Residente a _____ Provincia _____
Cap _____ in Via/Piazza _____ n° _____
Tel _____ Cell _____ E-mail _____ @ _____

Chiede il riconoscimento della perdita di autosufficienza

A tal proposito allega alla presente duplice copia di:

- fotocopia di un documento di identità valido e codice fiscale (sia dell’Assicurato/a sia dell’eventuale Legale Rappresentante/Tutore/Amm.re di sostegno); ;
- certificato che attesti la perdita di autosufficienza, redatto dal medico curante o dal Medico ospedaliero (solo in caso di prolungato ricovero), su apposito modello fornito dalla società (Modello 1);
- relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza redatto dal medico curante che esponga l’insorgenza dello stato di non-autosufficienza dell’Assicurato/a, l’origine (ad esempio: incidentale o patologica) dell’affezione o delle affezioni, su apposito modello fornito dalla società (Modello 2);
- documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell’autosufficienza;
- eventuale verbale di riconoscimento dell’Invalidità Civile rilasciato dalla Commissione della ASL di appartenenza;
- eventuale verbale della competente Autorità giunta sul luogo (nel caso in cui lo stato di non autosufficienza sia

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) Uffici amministrativi: Viale Stelvio 55/57, 20159 Milano comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 160.000.000 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. 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.

CERTIFICATO ATTESTANTE LA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA (Modello 1)

Dott. _____

N.B. – Il presente modulo deve essere stampato ovvero scritto con caratteri molto chiari e tutte le risposte alle singole domande debbono essere rese in termini particolareggiati, precisi ed esaurienti.

Cognome e Nome dell'Assistito: _____
nato/a _____ **il** _____
residente a _____ **in via** _____ **prov.** _____
cap _____ **telefono** _____ **età (anni)** _____

DOMANDE	RISPOSTE DEL MEDICO
1. a. E' il medico curante dell'Assistito? b. Da quando?	1. a. b.
2. a. A quando risale l'ultima visita all'affiliato/ Beneficiario? b. Quale ne era la causa?	2. a. b.
3. E' parente dell'Assistito? Se sì, di quale grado?	3.
4. a. L'Assistito ha sofferto in passato di malattie o disturbi clinicamente rilevanti? Se sì, quando? b. Quale ne fu la durata e la terapia praticata? c. Sono residuati postumi?	4. a. b. c.
5. a. L'Assistito è mai stato ricoverato in ambiente ospedaliero? b. In che occasione e per quale motivo?	5. a. b.
6. a. E'a Sua conoscenza che l'Assistito abbia consultato altri medici? Quali medici? b. Quando e per quali malattie?	6. a. b.
7. a. Ha mai subito interventi chirurgici? b. Per quale ragione? c. Infortuni clinicamente rilevanti?	7. a. b. c.
8. Sono residuati sintomi o deficit funzionali?	8.
9. a. L'Assistito ha seguito una terapia che comporta assunzione di farmaci? Se sì, che tipo di farmaci? b. Ne fa ancora uso?	9. a. b.



10. L'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo?	10.
11. L'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia?	11.
12. L'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno/doccia e durante l'attività stessa del farsi il bagno?	12.
13. L'Assistito è in grado di vestirsi e di svestirsi in modo completamente autonomo?	13.
14. L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi solo per la parte superiore del corpo o solo per la parte inferiore del corpo?	14.
15. L'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e svestirsi sia per la parte superiore del corpo che per la parte inferiore del corpo?	15.
16. L' Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2), e (3): (1) andare al bagno? (2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi? (3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno?	16..... (1)..... (2)..... (3).....
17. L' Assistito necessita di assistenza per almeno 1 e al massimo 2 dei suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	17.
18. L' Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2), e (3)?	18.
19. L'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza l'assistenza di terzi?	19.
20. L' Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle? (E' però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto)	20.
21. L' Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi?	21.



22. L' Assistito è completamente continente?	22.
23. L' Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo 1 volta al giorno?	23.
24. L' Assistito è completamente incontinente? Vengono utilizzati aiuti tecnici? Se sì, quali?	24.
25. L' Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti?	25.
26. L' Assistito necessita di assistenza per 1 o più delle seguenti attività preparatorie: <input type="checkbox"/> Sminuzzare/tagliare il cibo; <input type="checkbox"/> Sbucciare la frutta; <input type="checkbox"/> Aprire un contenitore/una scatola; <input type="checkbox"/> Versare bevande nel bicchiere.	26. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. L' Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale.	27.
28. L' Assistito vive da solo?	28.
29. L' Assistito vive con familiari/altre persone? Quali?	29.
30. Dove vive l'Assistito (appartamento, casa, ecc.) ? A che piano? C'è l'ascensore? Lo usa abitualmente?	30.
31. L' Assistito presenta condizioni generali di salute Buone, Ottime o Scadenti?	31.
32. Esiste qualche anomalia manifesta delle capacità cognitive (pensiero, orientamento, giudizio, ricordi)? a. Esito Test Memoria Recente b. Esito Test Stato Mentale	32. a. b.

Sulla base di quanto da me esaminato, verificato ed accertato dichiaro e certifico che il Sig/Sig.ra si trova in stato di non autosufficienza.
Allego relazione sulle cause della perdita dello stato di autosufficienza.

Luogo e data _____

Il Medico Curante
(Firma e timbro)

(DOMICILIO)



**RELAZIONE MEDICA SULLE CAUSE DELLA PERDITA DI AUTOSUFFICIENZA
(Modello 2)**

Nome e Cognome del Medico Curante _____

Nome e Cognome dell'Assistito _____

N.B. - La presente relazione dovrà essere corredata da tutta la documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) che ha portato alla definizione della/e patologia/e causa della perdita dell'autosufficienza.

Qualora la perdita di autosufficienza sia stata causata da infortunio o altra causa accidentale esterna (incidente stradale, incidente sul lavoro, accidenti non sul lavoro, ecc.) dovrà essere prodotta, in aggiunta a quanto sopra richiesto, idonea documentazione comprovante il verificarsi dell'evento (verbali della competente autorità, ritagli di giornale, referti medico legali, ecc.).

E' Lei il Medico abituale dell'Assistito? _____

Da quale epoca? _____

E' parente dell'Assistito? Se si, di quale grado? _____

Quando ha cominciato a curare l'Assistito? Per quali malattie? A quali cure lo ha sottoposto?

Quali altri medici lo hanno visitato e a quali cure lo hanno sottoposto?

Quale è stato l'evento che ha portato alla perdita di autosufficienza? Quando si è verificato?

Quale è stata la sintomatologia all'inizio della malattia e quale il suo decorso?

Quali esami sono stati eseguiti durante il decorso? (Indicare le date, le visite specialistiche, gli esiti degli accertamenti strumentali e di laboratorio ed i risultati diagnostici ottenuti):

Periodi degli eventuali ricoveri ospedalieri (indicare, inoltre, il nome dell'ospedale o della Casa di Cura):

Durante questi ricoveri quali esami sono stati eseguiti? Con quale risultato?

Quali diagnosi sono state fatte? Quali patologie sono state riscontrate?

Luogo e data _____

Il Medico Curante

(Firma e timbro)

(DOMICILIO)

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
info@intesasanpaolorbmsalute.com
comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Capitale Sociale € 160.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F. e n. Iscrizione Registro Imprese di Treviso-Belluno 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).