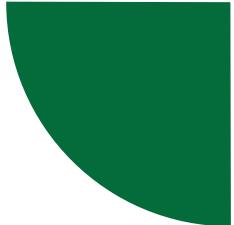




**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria

Fondo Metasalute - Convenzione n. 100609
per i Lavoratori aderenti al Fondo



**CONDIZIONI
DI ASSICURAZIONE**

MODELLO FI 2503
Edizione 09/2022

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.intesasanpaolrbmsalute.com Capitale Sociale Euro 305.208.000,00 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. 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.

Società del gruppo **INTESA**  **SANPAOLO**

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 79:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo I – Norme che regolano la convenzione** - da pag. 9
- **Capitolo II - Informazioni generali** - da pag. 17
- **Capitolo III - Condizioni assicurative** - da pag. 19

SEZIONE II

- **Capitolo I – Descrizione delle prestazioni assicurate** - da pag. 21
- **Capitolo II – Esclusioni e delimitazioni** - da pag. 55
- **Capitolo III - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 59

SEZIONE III

- **Capitolo I – Servizi aggiuntivi previsti per tutti i piani sanitari**

ALLEGATI

- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Elenco Grandi Interventi Chirurgici
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa all'interessato ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

Per rendere più chiare le norme che regolano la Convenzione e 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, cioè i lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute e il loro Nucleo familiare (a carico e non) secondo quanto previsto dalle CDA.

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 da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza diretta domiciliare: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale Operativa
- riceve le prestazioni a domicilio da medici/professionisti convenzionati con il 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.

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.

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 e Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

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

Chirurgia bariatrica ("chirurgia dell'obesità"): interventi chirurgici per ridurre l'assunzione di cibo diminuendo la capacità gastrica (interventi "restrittivi") o la capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi "malassorbitivi").

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

Contraente: Fondo mètaSalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584, 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:

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

Domicilio: luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

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: quella 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: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria

- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.

Data evento: data di esecuzione della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.

- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.

Data evento: data di esecuzione della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.

Data evento: data di esecuzione 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.

Fondo: Fondo mètaSalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584; ha finalità assistenziale ed è abilitato¹ 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).

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 o per prestazioni ad esso correlate (pre e post, fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari)

Indennizzo: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro.

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 con certificato di Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio.

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.

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

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).

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.

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

MMG: Medico di Medicina Generale (comunemente noto come Medico di Base).

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 - Assicurazione del sito internet www.fondometasalute.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare a carico: oltre al titolare lavoratore:

1) i soggetti di cui all'art. 12, lett. a) e c) del DPR. n. 917/1986, ossia

- il coniuge fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili³) non legalmente ed effettivamente separato;
- i figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) sino al compimento del 26° anno di età, con eccezione dei figli con disabilità per i quali non ci sono limiti di età. In tale ambito, per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

2) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1).

I soggetti di cui ai precedenti punti non devono possedere un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) superiore a euro 2.840, 51 (DPR. n. 917/1986, punto n. 2) ed euro 4.000,00 per i figli di età inferiore ai 24 anni (Legge n. 205 del 2017, commi 252 e 253), o quello pro tempore vigente.

Nucleo familiare non a carico:

- a) il coniuge non fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili⁴) non legalmente ed effettivamente separato;
- b) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1);
- c) i figli fiscalmente a carico dal giorno successivo al compimento del 26 anno di età;
- d) i figli fiscalmente non a carico purchè conviventi;
- e) figli non fiscalmente a carico non conviventi affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;

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.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e recepito dal Ministero della Salute.

Polizza: contratto di assicurazione.

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.

⁴ 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.

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 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.

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

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

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.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

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

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

Rimborso: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro, 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 professionalistiche: attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

S.S.N.: Servizio Sanitario nazionale.

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 **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).

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

Titolare: caponucleo dipendente di azienda iscritta al Fondo.

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:

- 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).

Una tantum: una volta sola nel triennio 2021-2023.

Utilizzo del S.S.N.: quando l'Assicurato paga un ticket per la prestazione sanitaria ricevuta nell'ambito del S.S.N.

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 I – NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 1. Oggetto e durata della convenzione

Premesso che

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Fondo Metasalute (nel seguito le "Parti") è stata stipulata la Convenzione n. 100609 (nel seguito "la Convenzione"), avente scadenza 31.12.2020
- Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Fondo Metasalute hanno rinnovato la Convenzione per il biennio 01.01.2021-31.12.2022

Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Fondo Metasalute convengono di prorogare di un anno la durata della Convenzione, fissandone la nuova scadenza al 31/12/2023, con modifiche alle garanzie previste dalla copertura assicurativa condivise tra le Parti e aventi effetto a decorrere dal 01/01/2022 e rappresentate nella presente edizione di Convenzione.

Il Fondo Metasalute potrà esercitare la facoltà di recesso dalla Convenzione al 31.12.2022, nei casi di manifesta e comprovata inadeguatezza degli standard di servizio garantiti dalla Compagnia, alle condizioni e casistiche condivise separatamente tra le Parti.

Oggetto di questa Convenzione è l'assicurazione per il rimborso delle spese sostenute in conseguenza di infortunio o malattia dagli Iscritti a Metasalute assicurati dalla presente Convenzione, nei modi e nei limiti di seguito descritti.

Metasalute è il Fondo Nazionale di Categoria di Assistenza Sanitaria Integrativa, costituito in forma di associazione non riconosciuta, che opera nel mondo non profit a favore dei lavoratori del settore metalmeccanico e dell'installazione di impianti.

Il Fondo Metasalute, nell'esercizio della sua attività istituzionale, individua e struttura in proprio – nell'interesse degli iscritti – soluzioni sanitario integrative, ritenute adeguate a soddisfare le esigenze della platea di riferimento.

Il Fondo Metasalute stipula, in veste di Contraente, la presente convenzione assicurativa per garantire ai lavoratori iscritti ed al relativo nucleo familiare, nei modi e nei termini che seguono, le coperture previste dai Piani Sanitari.

Tramite l'intervento di Intesa Sanpaolo RBM Salute, i lavoratori iscritti al Fondo – oltre a essere destinatari primari di soluzioni sanitarie integrative no profit - beneficiano dell'intervento assicurativo della compagnia che garantisce l'effettiva erogazione in forma assicurativa delle prestazioni di rimborso spese per infortunio e malattia oggetto dei predetti Piani Sanitari.

Art. 1.2 Assicurazione per conto altri

In ragione della natura di contratto assicurativo per conto altri della presente copertura assicurativa e della peculiarità dei rapporti sanitari integrativi sottostanti, ove non diversamente regolato nelle CDA, le Parti convengono quanto segue:

- il Fondo Metasalute, nella sua veste di Contraente, comunica alla Compagnia i nominativi e i riferimenti dei soggetti da assicurare, essendo questi lavoratori iscritti al Fondo medesimo. Il Fondo comunica altresì i nominativi e i riferimenti dei soggetti da considerare quali componenti del nucleo familiare del lavoratore iscritto, siano essi a carico o meno;
- in caso di ritenuta incongruenza delle informazioni ricevute dal Fondo Metasalute con riguardo al diritto del soggetto ad essere assicurato (ovvero ad essere classificato come familiare del lavoratore), la Compagnia opererà le verifiche per il tramite del Fondo Metasalute fornendo gli elementi ritenuti necessari affinché il Fondo medesimo effettui le opportune indagini e proceda alle eventuali comunicazioni di rettifica;

- resta invece direttamente in capo alla Compagnia ogni indagine in merito alla sussistenza del diritto di indennizzo, e relativa quantificazione, spettante all'Assicurato in caso di sinistro, prendendo l'Impresa contatto diretto con il singolo Assicurato. Resta comunque fermo il diritto del Fondo Metasalute di ricevere puntuale informazioni circa la gestione delle singole pratiche di liquidazione, secondo le modalità che saranno convenute tra Fondo e Compagnia.

Art. 2. Persone assicurabili

2.1. Persone assicurabili

I Lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute.

I predetti Lavoratori aderiscono in forma collettiva e obbligatoria alla presente Convenzione.

Inclusione/estensione della copertura assicurativa al Nucleo familiare del Lavoratore dipendente

a.1.) Inclusione dei familiari a carico nel Piano Sanitario del Titolare

I familiari a carico identificati nella definizione di "Nucleo familiare" si intendono gratuitamente inclusi nel Piano Sanitario del Titolare, con massimali delle garanzie condivisi.

a.2) Estensione del Piano Sanitario per i familiari non a carico

È data inoltre facoltà al dipendente di estendere la copertura assicurativa, su base volontaria e a fronte del pagamento del relativo premio, ai componenti del nucleo familiare non a carico come identificati nella definizione di "Nucleo familiare non a carico", con massimali autonomi.

L'estensione o l'attivazione della copertura assicurativa in favore dei familiari potrà in ogni caso avvenire con riferimento alla medesima tipologia di Piano Sanitario del Titolare o, in alternativa, con esclusivo riferimento al Piano Base, in ogni caso con massimali autonomi.

Al momento della propria adesione o nei casi in cui sia consentito dal Fondo Metasalute, ogni componente del Nucleo familiare non a carico potrà unicamente esprimere la scelta di massimali autonomi.

Il diritto all'inclusione o all'estensione della copertura assicurativa ai componenti rispettivamente del nucleo familiare a carico e non, permane finché sussiste l'iscrizione al Fondo del lavoratore dipendente, ferme rimanendo le condizioni di permanenza in copertura previste nella presente Convenzione.

Con riferimento ai componenti del Nucleo familiare non a carico, nel caso in cui non venga manifestata la volontà di aderire al Fondo secondo le tempestive regolamentari previste, e di conseguenza alla copertura assicurativa di cui alla presente Convenzione, la facoltà di iscrizione sarà esercitabile esclusivamente se trascorsi 3 anni dall'ultima adesione al Fondo.

Residenza degli assicurati

Sono assicurabili i lavoratori residenti in Italia e pure i transfrontalieri residenti all'estero se domiciliati presso Azienda avente sede in Italia.

Rientrano nelle definizioni di "Nucleo familiare" e "Nucleo familiare non a carico" i familiari del lavoratore titolare se sono anagraficamente residenti in Italia.

È garantita la copertura ai familiari che rientrano nella definizione di Nucleo familiare a carico **anche se residenti all'estero**; in tal caso, ove prevista dai Piani Sanitari, non si applica la seguente clausola: “*In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta*”, intendendosi per provincia anche un territorio locale estero.

2.2 Persone assicurabili – “Flexible Benefits” Per i Titolari caponucleo e relativi familiari appartenenti al “Nucleo Familiare a carico” che per il 2021 hanno attivato i flexible benefits con data decorrenza 01/06/2021, la copertura assicurativa è cessata il 31/05/2022 (o precedentemente in caso di uscita dalla copertura assicurativa) e con applicazione delle condizioni assicurative previste per il Piano Sanitario Integrativo D dalla precedente edizione di Convenzione (ed. 04/2021).

Per l'anno 2022 e successivi, allo scadere della validità del Piano Flexible benefits al 31/05/2022 gli Assicurati che vogliono destinare le quote di welfare al Fondo Metasalute possono attivare una copertura sanitaria aggiuntiva rispetto al piano sanitario già attivato dall'Azienda iscritta al Fondo.

Tale copertura “Flexible benefits” decorre dal 1° giugno 2022 al 31 maggio del 2023 salvo cessazione del rapporto di lavoro o decadenza del diritto alle prestazioni secondo le modalità previste dal Regolamento del Fondo.

Il Piano “Flexible benefits” è attivabile solo dal Titolare che singolarmente e in via autonoma può destinare le quote di welfare al Fondo Metasalute.

Art. 3. Premio

Art. 3 A) Premio relativo al dipendente e ai componenti del Nucleo familiare a carico con massimali condivisi

3.A1 Il premio annuo è comprensivo di imposte: 2,50%

3.A2 Il premio riferito al lavoratore ricomprende anche i suoi familiari a carico.

3.A3 Il premio, frazionato nel suo valore in dodici mensilità, è pagato dal Fondo su base mensile alle scadenze per ciascun lavoratore iscritto (e ricomprende gli eventuali componenti del suo Nucleo familiare a carico) dalla data di richiesta di inclusione in garanzia ai sensi dell'art. 4.1.1 e sino alla sua cessazione dalla copertura assicurativa.

3.A4 L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese di cessazione della copertura del lavoratore e la cessazione, con relativa cessazione di obbligo di pagamento del premio, si estende ai componenti del suo Nucleo familiare a carico. Si applica quanto previsto dall'articolo 4.4.

Art. 3B) Premio aggiuntivo relativo al dipendente e ai componenti del “Nucleo familiare non a carico”

Il premio aggiuntivo relativo ai componenti del “Nucleo familiare non fiscalmente a carico” è sempre annuale.

Art. 4. Inclusione, esclusione e variazione in corso d'anno delle persone assicurate

4.1 Inclusione ed esclusione di dipendenti

Le inclusioni e le esclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo RBM Salute entro i termini e con le modalità concordate nell'Art.3 tra il Fondo e Intesa Sanpaolo RBM Salute.

4.1.1 Inclusione di dipendenti

I lavoratori già iscritti al Fondo Metasalute e assicurati da Intesa Sanpaolo RBM Salute prima della data di decorrenza della presente Convenzione continuano a essere destinatari della copertura assicurativa senza soluzione di continuità rispetto alla precedente Convenzione.

La data di efficacia e di cessazione della copertura assicurativa coincide con quella di efficacia e cessazione del diritto del lavoratore di usufruire del Piano Sanitario Metasalute. Conseguentemente, la richiesta di inclusione ed esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa è formulata dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, attraverso le modalità di cui all'art. 4.1

4.2 Inclusione dei componenti del Nucleo familiare

4.2.1 Inclusione dei componenti del "Nucleo familiare a carico"

La copertura decorre dal primo giorno del mese successivo alla registrazione del familiare effettuata dal Titolare caponucleo attraverso la piattaforma web resa disponibile dal Fondo. Resta inteso che il Titolare caponucleo deve essere già assicurato dalla presente Convenzione nei modi e nei termini di cui al precedente punto 4.1.1.

I figli di genitori, entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo Metasalute, coniugati, uniti civilmente o conviventi di fatto, devono essere inseriti in copertura solo nel nucleo di uno dei due genitori.

I figli di dipendenti di Aziende iscritte al Fondo, non possono essere inseriti in copertura del nucleo familiare del genitore se sono anch'essi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo.

Se entrambi i coniugi, uniti civilmente o conviventi di fatto, sono dipendenti di Aziende iscritte al Fondo Metasalute e titolari del piano sanitario, non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge, unito civilmente o convivente.

4.2.2 Attivazione dei Piani Sanitari ai componenti del "Nucleo familiare non a carico"

Il dipendente, su base individuale e volontaria, può attivare la copertura relativamente ai propri familiari che rientrano nella definizione "Nucleo familiare non a carico" con massimali autonomi, con onere contributivo a proprio carico e versamento del premio a Intesa Sanpaolo RBM Salute da parte del Fondo.

L'attivazione dei Piani Sanitari in favore dei familiari non a carico può avvenire:

- **Scegliendo la medesima tipologia di Piano Sanitario del Titolare, esclusivamente con massimali autonomi; si precisa che la scelta di Piani Sanitari Integrativi da A a F è possibile solo se il Titolare caponucleo e/o i familiari vi aderissero già al 31/12/2021 o se la scelta a livello aziendale del piano Sanitario Integrativo fosse stata effettuata prima della chiusura dell'ultima finestra di opzione prevista nel predetto esercizio dalla Circolare 6/2021 del Fondo (15 novembre – 30 novembre 2021)**

o

- **Scegliendo il Piano Base, anche se il Titolare ha un Piano Sanitario diverso (possibilità prevista solo per i Titolari che già vi aderissero al 31/12/2021 o se la scelta a livello aziendale del piano Sanitario Integrativo fosse stata effettuata prima della chiusura dell'ultima finestra di opzione prevista nel predetto esercizio dalla Circolare 6/2021 del Fondo (15 novembre – 30 novembre 2021), esclusivamente con massimali autonomi.**

Il familiare appartenente al "Nucleo familiare non a carico" è assicurato dal 01 gennaio di ogni anno se il Titolare caponucleo ha comunicato al Fondo l'attivazione del Piano Sanitario a massimali autonomi entro la finestra di adesione prevista nell'annualità precedente e sempreché il Titolare caponucleo sia assicurato alla predetta data; nel caso in cui l'assicurazione del Titolare caponucleo decorra da data successiva al 01 gennaio, in quanto ancora non maturata la carenza prevista dal Fondo per l'accesso alle prestazioni assicurative, la copertura del familiare appartenente al "Nucleo familiare non a carico" è operativa dal momento dell'attivazione della copertura del Titolare caponucleo.

Con riferimento ai coniugi o ai conviventi more uxorio o agli uniti civilmente assicurati al 01 gennaio, nel caso in cui gli stessi da componenti del "Nucleo familiare a carico" diventino invece soggetti appartenenti al "Nucleo familiare non a carico" il Titolare caponucleo potrà, tempestivamente, al momento della conoscenza della variazione del carico fiscale, dichiarare l'attivazione della copertura sanitaria quali familiari non a carico, con massimali autonomi; in mancanza, la copertura assicurativa dei soggetti sopra indicati cessa. Il premio per la copertura quale familiare non a carico è dovuto con effetto dal 01 gennaio dell'anno in cui si è verificata la variazione. Di conseguenza i massimali autonomi troveranno applicazione retroattiva da tale data (01 gennaio) per i rimborsi non ancora richiesti alla data di variazione del carico fiscale e aventi data fattura successiva a tale data.

Resta inteso che, nel caso in cui i soggetti sopra identificati dovessero essere entrati in copertura in corso d'anno, gli effetti della variazione di familiare da appartenente al "Nucleo familiare a carico" ad appartenente a "Nucleo familiare non a carico" decorreranno dalla data di attivazione della loro copertura sanitaria e non dal 01 gennaio, pur restando dovuto il premio annuale della copertura sanitaria quali familiari non a carico. Analogi trattamento è previsto con riferimento ai figli non fiscalmente a carico e non conviventi con il Titolare caponucleo perché affidati con sentenza di separazione/divorzio all'altro genitore.

La copertura dei familiari non a carico cessa di produrre i propri effetti alla data del 31 dicembre dell'anno di inclusione in polizza.

Le inclusioni e le esclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo RBM Salute entro i termini e con le modalità concordate nell'Art. 3 tra il Fondo e Intesa Sanpaolo RBM Salute.

4.2.3 Inclusione di familiari in corso d'anno

- Matrimonio, unione civile e nascita di figli: sono previste le stesse condizioni di cui ai punti 4.2.1 e 4.2.2;
- Inclusione postuma di un componente del "Nucleo familiare a carico" in corso d'anno per precedente omissione della comunicazione di cui al punto 4.2.1.

4.3 Cambio di Piano Sanitario

Al dipendente assicurato può applicarsi un diverso Piano Sanitario in corso d'anno se:

- **cambia Azienda e quest'ultima applica Piani Sanitari differenti della Convenzione rispetto al precedente datore di lavoro;**

- **intervengono modifiche al suo rapporto di lavoro (es. promozione/cambio di categoria) che determinino un nuovo Piano sanitario di riferimento.**

In tale ambito si rammenta inoltre che i Piani Sanitari Integrativi da A a F non possono essere opzionati dalle Aziende se già non vi hanno aderito al 31/12/2021 per effetto di una scelta effettuata in precedenza a valere sulla annualità 2021 o se la scelta non fosse stata effettuata prima della chiusura dell'ultima finestra di opzione prevista nel predetto esercizio dalla Circolare n. 6/2021 del Fondo (15 novembre – 30 novembre 2021); pertanto, in tale caso (non opzionalità) è possibile:

- mantenere il Piano Sanitario Integrativo già opzionato, senza possibilità di sceglierne uno diverso;
- recedere dal Piano Sanitario Integrativo, con effetto dall'annualità successiva, optando di aderire al Piano Base. In particolare:

o entro il 31/12/2021, è facoltà delle Aziende che abbiano già attivato uno o più Piani Sanitari integrativi (da A a F), di revocare la propria adesione a tali Piani Sanitari Integrativi con effetto dal 01/01/2022, con contestuale rientro nel Piano Base;

o è facoltà delle Aziende che abbiano mantenuto per l'esercizio 2022 uno o più Piani Sanitari integrativi (da A a F), da esercitarsi in occasione della finestra di esercizio della facoltà di uscita dai Piani Sanitari Integrativi, della durata di trenta giorni, che sarà comunicata dal Fondo e che in ogni caso sarà fissata entro il mese di novembre 2022, di revocare la propria adesione a tali Piani Sanitari Integrativi con effetto dal 1/01/2023, con contestuale rientro nel Piano Base.

È previsto un vincolo di permanenza almeno annuale nel Piano Sanitario Integrativo per tutte le Aziende che ne mantengano l'attivazione al 31/12/2021, a valere sull'annualità 2022, o alla data che sarà identificata dal Fondo nel 2022 (e che non potrà superare il 30/11), a valere sull'annualità 2023.

Il Piano Sanitario del lavoratore assicurato varia in corso d'anno in ragione della richiesta di variazione del Cambio Piano formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità.

Il Cambio di Piano ha effetto dalla data comunicata alla Compagnia da parte del Fondo, tramite invio di apposito record in cui si dà evidenza che si tratta di un cambio piano, se tale data è successiva alla data di ricezione della richiesta medesima da parte della Compagnia. Se la richiesta di Cambio Piano presenta una data di cambio antecedente rispetto alla data di ricezione della richiesta medesima da parte della Compagnia, la decorrenza avrà efficacia retroattiva solo nel caso in cui il Titolare caponucleo e l'eventuale Nucleo familiare a carico non abbiano denunciato sinistri nel periodo intercorrente tra la data comunicata dal Fondo e la data di ricezione della comunicazione di Cambio Piano da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

In caso contrario, il Cambio di Piano ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese antecedente a quello della richiesta se la stessa avviene entro il quinto giorno del mese di comunicazione. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la variazione del cambio Piano ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione.

La variazione produce i suoi effetti anche per i componenti del "Nucleo familiare a carico" del Titolare caponucleo.

Il premio sarà adeguato al nuovo Piano Sanitario dalla data di decorrenza della variazione dello stesso.

4.4 Cessazione della Copertura

La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua

piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.

Se la comunicazione di esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa da parte del Fondo a Intesa Sanpaolo RBM Salute avviene entro il quinto giorno del mese successivo rispetto al mese di cessazione (mese di riferimento), quest'ultima ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di riferimento. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la cessazione ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione. Il premio è dovuto sino al mese di permanenza in copertura assicurativa.

La cessazione produce contestualmente i suoi effetti anche per i componenti del "Nucleo familiare a carico" del Titolare caponucleo.

In applicazione della regola generale di cui all'art. 4.2.2., per i componenti del "Nucleo Familiare non a carico" la copertura cessa al 31 dicembre dell'anno cui si riferisce l'adesione del familiare pagante.

4.5 Regolazione del premio

In nessuno dei casi di cessazione è prevista la restituzione dei premi a qualunque titolo dovuti.

Si procede alla consegna delle regolazioni contabili del premio secondo inclusioni e passaggi avvenuti nel mese di riferimento ed eventuali variazioni residuali riferite ai mesi precedenti.

Art. 5 Documentazione relativa ai Piani Sanitari assicurati dalla presente Convenzione

Il Fondo mette a disposizione dei lavoratori e del loro Nucleo familiare i seguenti documenti:

- a) Informativa Privacy**
- b) Dip**
- c) Dip Aggiuntivo**
- d) Condizioni di Assicurazione**

Il Contraente si impegna a trasmettere, su richiesta, a Intesa Sanpaolo RBM Salute, tutta la documentazione messa a disposizione dell'Assicurato e inherente il presente contratto assicurativo (ivi comprese eventuali guide operative o note di sintesi), per consentire alla Compagnia il monitoraggio delle informazioni fornite agli Assicurati.

Art. 6 Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- modifiche statutarie attinenti il cambio di denominazione sociale o al 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 informa in dettaglio il Contraente che, a sua volta, informa gli Assicurati.

Art. 7 Modifiche

Intesa Sanpaolo RBM Salute può introdurre modifiche delle garanzie, delle condizioni della polizza, delle procedure e dei tempi di liquidazione delle prestazioni assicurative solo con accordi specifici con il Fondo.

Art. 8 Foro competente

Per le controversie

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Contraente: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria della sede legale del Contraente
 - tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assicurato: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del lavoratore dipendente o del familiare o dell'avente diritto.
- Se esistono, le Parti possono ricorrere a sistemi conciliativi.

Art. 9 Rinvio

Per quanto non previsto da queste disposizioni, si rinvia alle CDA.

CAPITOLO II – 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 17/10/2007⁵.

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2020⁶

Patrimonio netto: € 367.891.567,00

di cui

- capitale sociale:	€ 160.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 207.891.567,00

Indice di solvibilità^[2]: 270%

Art. 3. Carenza contrattuale

Non è previsto un periodo di carenza.

Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 5. 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 2022, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2023.

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

Art. 6. Reclami

6.1 Come fare reclamo

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute a scelta:

- compilando il form on line (<https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html>),
- per posta ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami – Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)

⁵ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

⁶ 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).

^[2] 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.

- per fax: 011/0932609
- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com
- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi, se esistono.

Liti transfrontaliere

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

6.2 Risposte al reclamo

Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
fax: 06.42133206
pec: ivass@pec.ivass.it
informazioni su www.ivass.it
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria⁸ per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

⁸ D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

CAPITOLO III - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 7. Cosa si assicura

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

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

Art. 8. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Assenza di 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'assicurazione⁹.

Il Fondo si impegna, su richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, a verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti in relazione agli Assicurati, i relativi familiari e aventi diritto (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

Non è richiesta la compilazione di alcun Questionario sanitario.

Art. 9. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri¹⁰.

Devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso.

Art. 10. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

10.1. Decorrenza

L'assicurazione decorre:

- secondo le regole stabilite al punto 4.1 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento.

10.2. Premio

- Il premio assicurativo è pagato dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo RBM Salute su base mensile per ciascun lavoratore iscritto (e ricopre gli eventuali componenti del suo "Nucleo Familiare a carico");
- componente del Nucleo familiare del lavoratore non a carico.

⁹ 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.

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

L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese successivo a quello della data di esclusione dalla copertura del lavoratore. Resta inteso che il Fondo Metasalute è tenuto comunque a pagare a Intesa Sanpaolo RBM Salute i premi mensili per l'annualità in corso per ciascuno dei componenti del "Nucleo familiare non a carico" del lavoratore cessato dalla garanzia. Ciò in ragione della permanenza in garanzia di questi ultimi sino al 31 dicembre dell'anno di cessazione del lavoratore stesso dalla copertura assicurativa ai sensi dell'art. 4.2.2.

10.3. Anagrafica

Pur trattandosi di copertura assicurativa senza soluzione di continuità rispetto al triennio 2018-2020, all'inizio di ciascun anno di copertura il Fondo comunica a Intesa Sanpaolo RBM Salute le anagrafiche relative a tutti gli assicurati.

In ogni caso, le variazioni in corso d'anno di anagrafiche di persone assicurate devono pervenire a Intesa Sanpaolo RBM Salute con cadenza settimanale.

Il Contraente inoltre deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute:

- residenza dell'Assicurato
- Codice Univoco Azienda, Piano Sanitario prescelto su base aziendale e provincia dello stabilimento dove è occupato il lavoratore.

Art. 11. 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. 12. 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. 13. Imposte

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. 14. Controversie: mediazione

Per controversie tra Assicurato o Contraente e Intesa Sanpaolo RBM Salute 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 competente¹¹.

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. 8 "Foro competente" delle Norme che regolano la Convenzione).

Art. 15. Rinvio alle Norme di Legge

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

¹¹ D.lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

Sezione II

CAPITOLO I – DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 16. Oggetto dell'Assicurazione

Intesa Sanpaolo RBM Salute, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole garanzie e nei singoli Piani Sanitari, copre le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia o infortunio verificatisi **dopo la data di entrata in copertura**, ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Si specifica che le algie di qualsiasi natura, come anche eventuali stati d'essere dell'Assicurato (ad esempio l'astenia) non costituiscono patologie e pertanto non sono oggetto di copertura le prestazioni ad esse relative.

Le spese a cavallo di due annualità assicurative sono imputate all'anno di accadimento dell'evento, come previsto nella definizione di "evento/data evento".

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

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

PIANO BASE

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

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

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI) anche in Day Hospital, Day Surgery o in regime ambulatoriale

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e igiene orale
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO "ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI") ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale



A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (COMPRESO NELL' ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici ed endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purchè erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Dopo il ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche
- prestazioni infermieristiche, se la richiesta è certificata al momento delle dimissioni dall'istituto di cura

- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
Sono compresi anche i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Retta di degenza dell'Accompagnatore



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, **documentate con fatture, notule, ricevute, ecc.**
Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Trasporto di primo soccorso



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Esterò senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato abbia in regime di assistenza diretta speso per un intervento chirurgico ordinario 16.000 euro – per il quale la polizza prevede il massimale di 18.000 euro-, in caso di richiesta di rimborso fuori rete convenzionata per spese connesse al medesimo intervento, avrà a disposizione un massimale residuo di 2.000 euro).

- Assistenza Diretta: illimitato (sempre esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici).
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:
 - **18.000,00 euro** Interventi Chirurgici ordinari
 - **22.500,00 euro** Interventi Chirurgici complessi
 - **45.000,00 euro** Trapianti

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network, ma effettuate da medici non convenzionati

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa tutte le spese relative al ricovero con le stesse modalità e condizioni previste nel caso di ricovero in strutture non convenzionate. Non opera il Regime di assistenza diretta.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre che compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta: scoperto del 15%

Regime rimborsuale: scoperto del 15%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: scoperto del 30%

Esempi prestazioni ospedaliere a seguito di intervento chirurgico di cui all'Allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici":

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 15%

Prestazione autorizzata € 14.298,00, di cui € 12.153,30 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.144,70 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 18.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 15%

Indennizzo € 12.153,30 (€ 14.298,00 – 15% scoperto, pari a € 2.144,70, a carico dell'Assicurato)

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) compreso nell'Allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici"



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero a seguito di intervento chirurgico (compreso nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- **Alta diagnostica radiologica** (compresi esami stratigrafici e contrastografici, "anche digitale")
 - Angiografia
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cistografia
 - Cistouretrografia
 - Clisma opaco
 - Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
 - Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Daciocistografia/Daciocistotac
 - Defecografia
 - Fistolografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Mielografia
 - Retinografia
 - Rx esofago con mezzo di contrasto
 - Rx stomaco e duodeno con mezzo di contrasto
 - Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
 - Scialografia
 - Splenoportografia
 - Urografia
 - Vesciculodeferentografia
 - Videoangiografia
 - Wirsungografia
- **Accertamenti**
 - Accertamenti endoscopici
 - Diagnostica radiologica
 - Doppler
 - Ecocardiografia
 - Ecografia
 - Elettroencefalogramma
 - Elettromiografia
 - Mammografia o Mammografia Digitale
 - PET
 - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
 - Scintigrafia
 - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)



- **Alta specializzazione aggiuntiva**
 - Amniocentesi o villocentesi
 - Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- **Terapie:**
 - chemioterapia
 - cobaltoterapia
 - dialisi
 - laserterapia a scopo fisioterapico
 - radioterapia
 - infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio
- **Ulteriori prestazioni:**
 - coronarografia
 - ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
 - campimetria Visiva
 - cisternografia
 - monitoraggio della pressione delle 24 ore (Holter pressorio)
 - ecocardiogramma
 - esame del fundus oculi
 - terapia educazionale del paziente asmatico/allergico con rischio anafilattico
 - trattamenti radiometabolici

Si precisa che sono comprese in garanzia:

- la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica)
- la colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

anche se eseguite in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute i soli costi dell'accertamento.

Se la prestazione di alta specializzazione, in corso di esecuzione, si trasformasse in intervento ambulatoriale (ad esempio nel caso di una non preventivata polipectomia), la prestazione non è indennizzata dalla polizza.

B.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro** per anno/nucleo familiare
 - condiviso con la garanzia "B.2 Visite Specialistiche", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato fino a **55,00 euro** per accertamento o ciclo di terapia

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della Angiografia € 1.250,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 1.250,00, € 875,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 375,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile € 55,00

Richiesta di rimborso per Angiografia € 1.250,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 55,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 1.195,00 a carico dell'Assicurato.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche
- solo una prima visita psichiatrica e prima visita psicologica per accettare la presenza di eventuali patologie.

B.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **massimale illimitato**

- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

- **20.000,00 euro** per anno/persona
- condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione", "B.3 Ticket per accertamenti diagnostici" e "B.4 Accertamenti Diagnostici"

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 55 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della visita ortopedica euro 65,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 45,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 19,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €55,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 55,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 10,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa i ticket sanitari per accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio, esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.

B.3.1 MASSIMALE

20.000,00 euro anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.4 Accertamenti Diagnostici".

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

B.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta con il Network: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:
 - **20.000,00 euro anno/nucleo familiare**
 - condiviso con la garanzia "B.1 Alta Specializzazione" "B.2 Visite Specialistiche", e "B.3 Ticket per Accertamenti Diagnostici"

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a fattura**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 133,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 57,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

Massimale € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici

Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €36,00

Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 36,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 154,00 a carico dell'Assicurato.

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucleare e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA Fetale
- amniocentesi o villocentesi:
 - per le donne di **35 anni o più**: possono essere erogate senza prescrizione
 - per le donne di **meno di 35 anni**: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket **con applicazione di scoperto del 30%**

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale

- una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo RBM copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale **illimitato**

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una.

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per visita € 36,00
Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche €130,00 (€ 65,00 l'una)
Nessuno scoperto/franchigia
Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 58,00 a carico dell'Assicurato.

C. FISIOTERAPIA

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate **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).



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

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

- 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).

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.

- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a **25,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 – 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

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

- 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 a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 148,00 di cui 108,00 (€ 240,00 – 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

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

- 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 a fini estetici)
- per finalità di mantenimento (cioè che non consente il recupero della funzione).

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo
- il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
- tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzi, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa
- il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
- le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle

Strutture Sanitarie convenzionate

- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **25 euro** ad accesso

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborса le spese applicando uno scoperto del 30% e fino **25,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta
Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 143,00 (€ 240,00 – 30% - 25€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile €25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, l'Assicurato ha diritto di effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata; in tal caso saranno comunque applicate le condizioni previste per i centri convenzionati. L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.



D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- cure odontoiatriche (parodontologia – ad es. levigature - e diagnostica dentale – ad es. ortopanoramica, rx endorale). Non sono comprese

- l'ortodonzia (ad es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
 - terapie canalari (ad es. endodoncia, pulpotoria) protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi (o 18 mesi in casi di rigenerativa tardiva) dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: **massimale 3.500,00 euro** anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborsso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo familiare

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

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con "Visita odontoiatrica e/o igiene orale"

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 – 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E IGIENE ORALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e trattamento di igiene orale (1 volta l'anno, in una unica seduta, per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e trattamenti di igiene orale anche non propedeutici alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

Nel caso di utilizzo dell'Assistenza diretta, le strutture del Network erogano nella stessa seduta sia la visita odontoiatrica che l'igiene orale, in coerenza con quanto previsto dalla presente garanzia.

Nel caso di accesso presso una struttura non convenzionata, l'Assicurato dovrà richiedere alla struttura l'esecuzione delle due prestazioni (visita odontoiatrica e igiene orale) nella stessa seduta; nel caso la fattura riporti solo una delle due prestazioni (ad esempio la sola igiene orale), la Compagnia rimborserà comunque la fattura, alle condizioni riportate nella presente garanzia, fermo rimanendo che l'Assicurato non potrà eseguire l'altra prestazione nel corso della stessa annualità.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: **massimale illimitato**

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo **45,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita pedodontica e ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo **45,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborсуale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborсуale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo **40,00 euro** anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborсуale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 40,00 per singolo dente

Indennizzo € 40,00 per il 1° figlio ed € 40,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosì

- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperstosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosì
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**
- intervento per flemmone delle logge perimascellari

- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: **3.500,00 euro** per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 3.500,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo nucleo familiare le prestazioni sotto elencate.

Esami del sangue:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES.

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto **solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti**

Elettrocardiogramma di base

Ecotomografia addome superiore (4/5 organi)

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta all'anno per l'Assicurato o in alternativa per un componente del nucleo familiare con eccezione dell'esame delle feci, che potrà essere effettuato una volta ogni due anni (l'Assicurato che lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).**

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **80,00 euro** a pacchetto

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato compila il questionario accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato da Intesa Sanpaolo RBM Salute (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **25,00 euro** a pacchetto, elevato a **50,00 euro** in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%

- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023.

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)

Donne – oltre i 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)

Donne – tra 21 e 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Donne – oltre i 30 anni

Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)

Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)

Donne – tra 40 e 49 anni

- Visita senologica

- Mammografia

Donne – oltre i 50 anni

Mammografia

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro a pacchetto**

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 36,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni)

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- Rettosigmoidoscopia, **può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo**

Uomo – senza limite di età

- visita urologica
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale)

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro** a pacchetto

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2021 potrà effettuarlo nel 2023):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- a. Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- b. Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- c. Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, **una tantum** (cioè **una sola volta nel triennio 2021-2023**), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **7.000,00 euro**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

La domanda di rimborso può contenere più fatture relative allo stesso evento, che devono però essere inviate quindi in un'unica soluzione.

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)

7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **10.000,00 euro.**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per l'eventuale recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro i 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **15.000,00 euro.**
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

- a. di grado compreso tra l'80% e il 90%
- b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, il Fondo mette a disposizione degli iscritti, una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale: **8.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia (cioè per monitorare la patologia o per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia (cioè per il recupero funzionale) o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati

3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

In entrambi i casi le prestazioni ammesse a rimborso devono comunque essere effettuate al massimo entro 2 anni dalla certificazione dell'invalidità.

Massimale e modalità di erogazione

- massimale **10.000,00 euro**.
- le prestazioni di cui ai punti 1, 2, 5 e 6 su richiesta dell'Assicurato possono essere eseguite anche in Regime di assistenza diretta.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2021-2023); pertanto, non sono ammesse più richieste di indennizzo, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero con la prima (e unica ammissibile) richiesta.

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo **5.000,00 euro** per evento
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo **2.500 euro** per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket con applicazione di scoperto del 30%

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00 per evento

Costo dell'intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 7.000,00 di cui € 4.900,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.100,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 2.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 7.000,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 2.500,00

Restano a carico dell'Assicurato € 4.500,00 per superamento massimale (7.000,00 – 30% = 4.900,00; supera il massimale)

G.2 LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESI LE MONTATURE) O A CONTATTO



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di difetti visivi sia da vicino che da lontano senza limitazioni sulla patologia riscontrata dall'oculista o dall'optometrista.

G.2.1 MASSIMALE

80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 80,00

Costo delle lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 80,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 320,00 a carico dell'Assicurato per superamento massimale.

Regime rimborsuale

Massimale € 80,00

Richiesta di rimborso per lenti progressive € 400,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 80,00

Restano a carico dell'Assicurato € 320,00 per superamento massimale

G.3 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - TUTTE LE TECNICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA)

senza franchigie o scoperti per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, seppure previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

G.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di **700,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di **500,00 euro** anno/nucleo familiare

G.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti.

G.4 TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DEL TITOLARE CAPONUCLEO)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

La garanzia:

- è una semplice indennità ed è finalizzata al risarcimento forfettario alla famiglia delle spese per le cure, l'assistenza e la promozione della salute del bambino affetto da Trisomia 21
- a causa della natura e dei fini dell'indennità, l'importo è esente da imposte¹².

¹² Art. 6, comma 2, del TUIR - Testo Unico delle Imposte sui Redditi (DPR 22 dicembre 1986, n. 917).

G.5 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHiatriche

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.5.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **350,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.6 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia a seguito di malattia effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.6.1 MASSIMALE

Massimale: **100,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.6.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.6.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: rimborso del Ticket senza applicazione di franchigie o scoperti

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO OTTENUTO IL RIMBORSO DI NESSUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI SOSTENUTE PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un **indennizzo annuo** ai Titolari caponucleo che hanno figli disabili con invalidità riconosciuta superiore al 45%¹³

- a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai Titolari caponucleo per i figli con invalidità superiore al 45%

- **di 750,00 euro per Nucleo familiare innalzato 1.000,00 euro in caso di nucleo familiare monoparentale o monoredito.**

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

¹³ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

CAPITOLO II – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 17. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) terapie medico-chirurgiche con finalità estetica e/o ricostruttiva (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connessi all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici) e, con esclusivo riferimento ai piani integrativi, quelli resi necessari da intervento demolitivo per neoplasia maligna, anche effettuati in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza). Sono esclusi gli interventi di simmetrizzazione mammaria
- 2) interventi e qualsiasi atto chirurgico, prestazioni, terapie o procedure per trattare l'infertilità o la sterilità maschile o femminile accertata e comunque tutti gli atti per la fecondazione artificiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari in materia di procreazione medicale assistita
- 3) Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 4) trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool, di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni
- 5) infortuni che derivano dalla pratica sportiva professionale
- 6) infortuni che derivano dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti
- 7) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto
- 8) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla radioterapia
- 9) conseguenze di guerra, insurrezioni e di qualsiasi atto di terrorismo
- 10) conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 11) terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 12) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive
- 13) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei cd, dei dvd, spese di viaggio
- 14) iniezioni sclerosanti
- 15) medicina legale e medicina del lavoro
- 16) prestazioni di medicina generica comprese, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 17) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari

- 18) ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona
19) prestazioni effettuate in palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico; spese per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi
20) agopuntura, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
21) tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari. Si segnala peraltro che a decorrere dal 01/01/2022 non sono più previste dalla presente Convenzione le seguenti prestazioni/garanzie:

- immunonutrizione prima del ricovero;
- monitoraggio domiciliare pre/post ricovero e lungodegenza;
- ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico
- diaria da convalescenza post ricovero con intervento chirurgico
- neonati – Ricovero per intervento chirurgico
- indennità per parto (ferma rimanendo la possibilità di richiedere l'indennità per parto cesareo nell'ambito della garanzia A.2 dei soli Piani Sanitari Integrativi da A a F)
- contributo per latte artificiale
- weekend benessere
- cure e interventi ortodontici
- trattamento topico coi fluoruri
- acquisto di apparecchi ortodontici (per adulti e bambini)
- la seconda igiene orale per gli assicurati maggiorenni e pedodontica la consegna di spazzolino bluetooth, bilancia wireless e misuratore BMI, nei casi in cui erano previsti
- prestazioni odontoiatriche d'urgenza
- implantologia stand alone
- screening generici: Controllo delle allergie e delle intolleranze alimentari, Ricerca presenza Helicobacter Pylori, Prevenzione Herpes Zoster e Monitoraggio per lo screening delle apnee ostruttive del sonno (quest'ultimo era previsto solo dal Piano Integrativo F) MOC e indagini di laboratorio specifiche che erano previsti dal Pacchetto Prevenzione Donna per la fascia di età >50 anni
- ecocolordoppler arterioso e venoso degli arti inferiori che era previsto dal Pacchetto C della Prevenzione Donna
- dosaggio PHI che era previsto dal Pacchetto Prevenzione del cancro alla prostata
- prevenzione minori
- prevenzione terziaria (Monitoraggio Ipertensione, Monitoraggio dell'asma e della broncopneumopatia cronica ostruttiva - BPCO)
- altri controlli (Pacchetto prevenzione tumori della pelle, Pacchetto prevenzione di patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio e controllo posturale e Monitoraggio delle patologie tiroidee)
- monitoraggio domiciliare del paziente in uno stato di non autosufficienza
- servizi di assistenza globale integrata, organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne
- rimborso ticket per acquisto medicinali e garanzia Farmaci (quest'ultima era prevista solo dai Piani Integrativi da A a F)
- controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
- indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore del titolare caponucleo ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale

- servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica
- promozione dell'attività sportiva
- spese per la frequenza di Colonie Estive
- indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa
- indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore in LTC temporanea
- rette Asili Nido
- consulto nutrizionale e dieta personalizzata
- borse di Studio per i figli del Titolare caponucleo
- conto Salute

22) interventi di chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità, eccetto i casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica

23) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)

24) ricoveri impropri

25) conseguenze dirette o indirette di pandemie (ad esempio, in caso di affezione da Covid-19: è conseguenza diretta la fisioterapia rieducativa respiratoria; è conseguenza indiretta il danno cerebrale).

Con particolare riferimento a Covid-19, si specifica quanto segue:

A) Conseguenze dirette: è respinta la richiesta di rimborso/autorizzazione quando la prestazione è dovuta a Covid-19.

Per i **ricoveri** correlati a patologia pneumologica e cardiologica, il riferimento al Covid-19 deve essere reperito in cartella clinica. In assistenza diretta, il voucher riporterà una dicitura di autorizzazione condizionata alla verifica della cartella clinica. Laddove la cartella clinica evidensi che la patologia è conseguenza diretta del Covid-19, l'autorizzazione viene annullata. Per le **extra-ospedaliere**, il riferimento al Covid-19 deve essere rinvenuto nella prescrizione. Nel caso di extra-ospedaliere, per le prestazioni di seguito indicate, se la prescrizione non riporta la specifica del Covid-19, è comunque richiesto all'Assicurato di produrre certificato medico che dichiari che l'Assicurato non è stato affetto da Covid-19 o che la prestazione non è richiesta per sospetto Covid-19. In alternativa, l'Assicurato potrà compilare l'autocertificazione presente sul sito www.fondometasalute.it. Tali prestazioni sono:

- Spirometria
- RX Torace
- ECG
- Ecocardiogramma
- Tac torace

Il certificato medico o l'autocertificazione dovranno essere trasmessi alla Compagnia sia in caso di prestazione in Regime di Assistenza Diretta, che a rimborso (unitamente al modulo di richiesta di rimborso).

Sono in ogni caso esclusi gli esami specifici per diagnosticare l'infezione, ovvero le valutazioni sierologiche (IgG, IgM, IgA) o antigeniche (tampone rapido o antigenico e tampone molecolare).

B) Conseguenze indirette: sono respinte le richieste di **prestazioni collegate a danni cerebrali** in soggetto che sia stato affetto da Covid-19; a tal fine, l'informazione relativa all'affezione da Covid-19 in caso di ricovero deve essere riportata dall'anamnesi contenuta nella cartella clinica. Per prestazioni diverse dal ricovero, laddove l'affezione al Covid-19 non emerge dalla prescrizione, è richiesta una autocertificazione (presente sul sito www.fondometasalute.it) dell'Assicurato da

allegare alla richiesta di rimborso/autorizzazione con cui si dichiari che l'Assicurato non è stato affetto da Covid-19.

Le predette specifiche relative al Covid-19, considerato che le evidenze scientifiche possono mutare nel tempo, potranno essere modificate mediante emissione di apposita appendice di polizza.

Art. 18. Persone non assicurabili

Non ci sono limiti di età per il lavoratore dipendente e per i familiari, con eccezione:

- dei figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) che rientrano nel "Nucleo familiare a carico" sino al compimento del 26° anno di età (salvo il caso di figli con disabilità come definiti nella definizione di "Nucleo Familiare a carico")
- dei figli fiscalmente a carico che possono rientrare nel "Nucleo familiare non a carico" solo a decorrere dal giorno successivo al compimento del 26mo anno di età.

CAPITOLO III – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 19. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

19.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o i suoi 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'indennizzo¹⁴.

Se la richiesta di accesso ad una prestazione in forma diretta o di rimborso del sinistro difetta degli elementi essenziali qui di seguito indicati, la richiesta stessa non è da intendersi correttamente presentata e sarà quindi respinta.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici non entrano nel merito della richiesta medica (i.e. non valutano l'idoneità del piano terapico prescritto dal medico curante ai fini della cura della patologia dell'assicurato), ma si limitano ad accettare che si tratti di un evento in copertura.

Intesa Sanpaolo RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- 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
- mancanza completa di documentazione
- copertura assente
- prescrizione medica scaduta
- prestazione eseguita in struttura convenzionata (salvo i casi espressamente consentiti dalla presente Convenzione)
- errato inserimento della richiesta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

¹⁴ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di apertura del sinistro se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza S.D.O. o non trasmessa in copia conforme oppure, in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; assenza di materiale radiografico e foto intra orali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio) o illeggibile;
- 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/Interventi chirurgici odontoiatrici: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria
- 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, dal Tedesco e dallo Spagnolo 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 (ad esempio nel caso in cui la cartella clinica contenga dati incongruenti con quelli dichiarati in sede autorizzativa e necessari per la liquidazione del sinistro).

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:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - 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:
 - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - 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.
- Tali previsioni non operano relativamente all'indennità sostitutiva che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.

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 rimborsouale).

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; in tal caso, 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). 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 la prestazione alla Struttura Convenzionata se la Compagnia non ha 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).

Uso di medici, odontoiatri e strutture convenzionati

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.

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.fondometasalute.it o nell'app mobile.

19.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi: 1) richiesta del voucher 2) rilascio del voucher.

Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato deve prima chiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale Operativa (attiva **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**) allegando la documentazione necessaria.

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute® e consegnare la prescrizione medica.

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

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

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono agli operatori di Centrale Operativa, contattabile ai numeri dedicati **800.99.18.15** da telefono fisso e cellulare (numero verde), **+39 0422.17.44.299** per chiamate dall'estero (solo per prestazioni diverse da quelle previste nei Capitoli "Prevenzione" e "Odontoiatria" per le quali è necessario utilizzare il portale web o app mobile)

Dati da fornire alla Centrale Operativa

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

Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene **il quesito**

diagnostico/diagnosi e la patologia sospetta o accertata per la quale è richiesta la prestazione specificata:

- **è necessaria la prescrizione del medico di base per:** alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche
- prestazioni diverse da quelle sopra indicate, eccetto le cure odontoiatriche: la prescrizione, con eccezione delle prestazioni odontoiatriche, deve essere fatta **da un medico diverso dal medico specializzato che effettua (direttamente o indirettamente) la prestazione;** se il medico che prescrive è anche quello che effettua le prestazioni, **è necessario il relativo referto**
- prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, dalle terapie e dalle analisi di laboratorio: per la Centrale Operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

La prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG) non è richiesta per la prevenzione odontoiatrica di cui al § D.2) e per le prestazioni di prevenzione sanitaria di cui al Capitolo E.

- **copia del tesserino “esenzione 048”** per prestazioni oncologiche di follow-up
- **copia del certificato di prenotazione del ricovero, o dell’autorizzazione al ricovero già rilasciata dalla Centrale Operativa in caso di accesso al regime di Assistenza diretta,** per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta
- **in caso di infortunio devono essere presentati 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. 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 Intesa Sanpaolo RBM Salute. La spesa massima prevista della visita è di 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.
Le cure dentarie da infortunio devono essere **coerenti 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. Esempio: non è coerente una prestazione effettuata sull’elemento dentario n. 26 nel caso in cui la lesione riguardasse l’elemento dentario n. 32;
 - 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 prima della prestazione in caso di, ove previsti dai Piani Sanitari,** rimozione di mezzi di sintesi, safenectomy e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- **in caso di prestazioni di gravidanza previste nel “Pacchetto maternità”: certificato attestante lo stato di gravidanza,** con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;

- **in caso di gravidanza a rischio:** anche certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
- **prestazioni odontoiatriche:** prescrizione medica dell'odontoiatra, con l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e della patologia/diagnosi; per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richiesti alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:

- **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan**
- **referto dell'esame istologico in caso di asportazione di cisti mascellari, mandibolari, radicolari o biopsie**
- **certificati di laboratorio**, timbrato e firmato dalla struttura. Il certificato di laboratorio è relativo a manufatti protesici eseguiti e deve contenere nome del paziente, data di esecuzione/consegna, tipo di manufatto realizzato (es: corona provvisoria o protesi mobile), nonché il materiale con cui è stato realizzato (es. ceramica integrale, resina, leghe)

da cui si evidenzi la patologia che ha reso necessaria la prestazione, 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 ortopanoramiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi, solo certificato di laboratorio
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotesico e asportazione cisti	Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di ⇒ asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopanoramica post prestazione (ortopanoramica in alternativa a Rx endorale). ⇒ estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche la fattura dell'anestesista ⇒ biopsie: esame istologico post prestazione.
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopanoramiche e/o Dentalscan		radiografie endorali e/o ortopanoramiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di innesto autogeno o di materiale biocompatibile (prima della sutura), lembo gengivale semplice, lembi liberi o	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche.

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
		peduncolati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o courettage gengivale.	
DIAGNOSTICA (per es.radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data, nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

- **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta il difetto visivo, in caso di acquisto lenti.
- per **invalidità permanente (§ F)**: copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente;
- in caso di **Spirometria, RX Torace, ECG, ecocardiogramma, Tac torace e prestazioni extraospedaliere collegate a danni cerebrali**: l'Assicurato dovrà produrre anche idonea autocertificazione di non essere stato affetto da Covid-19 o che la prestazione non è richiesta per sospetto Covid-19.

Intesa Sanpaolo RBM Salute 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 adempire a precise disposizioni di legge.

Come trasmettere i documenti:

- da portale web o con l'app mobile

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale Operativa
- se disponibili nel territorio, **sono individuate le strutture convenzionate** (in caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire **la prestazione**
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate e la prestazione da eseguire.

Per le prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come le prestazioni post ricovero) o se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

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

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

Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

⇒ **Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta**, la Centrale Operativa:

- rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa**, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: franchigie, scoperti)
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
- invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata.

All'interno dell'sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione del VoucherSalute® sullo schermo del device. Il VoucherSalute® potrà contenere una forma visibile del QR code per l'accesso in struttura sanitaria. Nel caso in cui l'assicurato non possieda uno smartphone potrà ugualmente utilizzare il VoucherSalute® poiché nel corpo del testo del messaggio (sms o email) da lui ricevuto è presente il codice identificativo del VoucherSalute® (codice "MTS....") che potrà essere utilizzato per l'identificazione dell'autorizzazione e l'esecuzione della prestazione presso la struttura sanitaria.

Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare.

Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 90 giorni dalla data di emissione, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per il raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura.

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

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/04/2022;
VoucherSalute® valido fino al 30/06/2022, per un totale 90 giorni dal 01/04/2022.

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

Attivazione del pagamento diretto dei pacchetti di prevenzione e delle prestazioni di Odontoiatria

In merito all'attivazione del pagamento diretto per i pacchetti di prevenzione, qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione.

Nel caso in cui il pacchetto di prevenzione non sia erogabile per intero in alcuna struttura del Network, Intesa Sanpaolo RBM Salute autorizza le singole prestazioni previste dal pacchetto,

anche presso più strutture sanitarie convenzionate, con impegno, ove possibile, a rispettare il limite di 30 km dalla residenza del Titolare caponucleo.

In merito all'attivazione del pagamento diretto per le prestazioni di Odontoiatria, qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento delle prestazioni Odontoiatriche si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni odontoiatriche in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione delle prestazioni.

L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Ai fini dell'applicazione dell'agevolazione chilometrica sopra indicata sarà necessario attivare il pagamento diretto dei pacchetti di prevenzione attraverso il sito www.fondometasalute.it.

Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale Operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®. La richiesta potrà avvenire anche per il tramite della struttura convenzionata.

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

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

Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale Operativa

- l'Assicurato può chiedere il rilascio del voucher **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione** dalla struttura convenzionata se è passato un numero minore di giorni
- l'Assicurato contatta (tramite web/App mobile o telefonicamente), 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.metasalute@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.

L'eccezione prevista dal presente paragrafo si applica limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

Il criterio di gravità si caratterizza come una condizione che mette in pericolo di vita il paziente o a rischio di compromissione definitiva una o più funzioni oppure a rischio di rapido peggioramento delle condizioni cliniche (ad esempio Infarto del miocardio).

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

c) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria per prestazioni extraospedaliere

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente

constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna e consente di ottenere il rilascio del VoucherSalute® in tempo utile per effettuare la prestazione.

Dovrà essere contattata (tramite web/app mobile o, in caso di prestazioni diverse da quelle odontoiatriche, anche telefonicamente), la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere il VoucherSalute® alla struttura sanitaria presso cui l'Assicurato deve eseguire la prestazione.

L'Assicurato deve trasmettere alla Centrale Operativa tramite portale web o App mobile la seguente documentazione:

- **prescrizione/certificato medico contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza** tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile.

Nel caso di attivazione della procedura di urgenza, **in considerazione dei termini derogati per rilascio del VoucherSalute®, non è garantita da parte della Centrale Operativa la presa in carico della prestazione.**

d) La prenotazione

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

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

e) Centrale Operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture Sanitarie convenzionate senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

f) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, franchigie, prestazioni non previste dalle CDA), e, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata (prescrizione medica, diagnosi o quesito diagnostico, in caso di ricovero cartella clinica

completa contenente anche la SDO, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico¹⁵,...).

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

19.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimbosso

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 del Titolare caponucleo.
- 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)**
 - **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 (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni lavorativi 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.fondometasalute.it). 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. In ogni caso l'assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

- **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

¹⁵ D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola

- **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. È necessaria la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, analisi di laboratorio, accertamenti diagnostici e visite specialistiche. **La prescrizione ordinaria del Medico di Medicina Generale (MMG) non è richiesta** per la prevenzione odontoiatrica di cui al § D.2 e per le prestazioni di prevenzione sanitaria di cui al Capitolo E.
 - **Ticket:** in caso utilizzo del SSN, se la fattura non specifica il regime di erogazione e il dettaglio delle prestazioni eseguite, è necessario presentare il certificato di prenotazione o accettazione
 - **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O.**, in caso di Ricovero anche in Day Hospital e per la garanzia Interventi chirurgici minori
 - dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale
 - **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato**, che attesta il difetto visivo, in caso di acquisto 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 (fermo rimanendo che il rimborso per la garanzia è previsto una tantum - cioè per una sola richiesta che può essere presentata una sola volta nel triennio 2021-2023)
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, in caso di, ove previsti dai Piani Sanitari, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
 - in caso di **prestazioni di gravidanza previste nel "Pacchetto maternità": certificato attestante lo stato di gravidanza**, con indicata la data di ultima mestruazione e la data presunta del parto;
 - **in caso di gravidanza a rischio**: anche certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del SSN
 - copia del **tesserino "esenzione 048"** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
 - **per trattamenti fisioterapici:**
 - i.**prescrizione** del medico di base o dello specialista la cui specializzazione è inerente alla patologia denunciata
 - ii.indicazione del **titolo** professionale di abilitazione o specializzazione del medico/specialista che ha effettuato la prestazione
 - **per le prestazioni dentarie**, che devono essere presentate dopo l'avvenuta prestazione:
 - per conservativa endodontica (ad esempio trattamento di una carie), cure odontoiatriche e protesi dentarie (per es. splintaggio, molaggio, esami radiografici); la prescrizione medica dell'odontoiatra che deve contenere l'indicazione dell'elemento dentario/arcata/quadrante e la patologia/diagnosi
 - in caso di **infortunio** devono essere presentati anche:

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

⇒ **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. 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 Intesa Sanpaolo 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, prescrizione del medico 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).

- **certificato medico che attesta la diagnosi di Trisomia 21** in caso di richiesta di indennità
- per **invalidità permanente (§ F)**: anche copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante il grado di invalidità permanente;
- **per Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili e per i figli minorenni:**
 - a) copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva
 - b) l'apposito modulo reperibile in Area riservata, con cui si prende atto che la richiesta di rimborso comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'Assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo per prestazioni sanitarie del Nucleo familiare. Si ricorda che la richiesta deve essere presentata a fine anno
 - c) **(eventuale) per l'accertamento del Nucleo familiare monoparentale:** dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia¹⁷
 - d) **(eventuale) per l'accertamento del Nucleo familiare monoredito:**
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione del carico familiare
 - dichiarazione sostitutiva di certificazione dello Stato di Famiglia¹⁸
- in caso di **Spirometria, RX Torace, ECG, ecocardiogramma, Tac torace e prestazioni extraospedaliere collegate a danni cerebrali**: l'Assicurato dovrà produrre anche idonea autocertificazione di non essere stato affetto da Covid-19 o che la prestazione non è richiesta per sospetto Covid-19.

Intesa Sanpaolo RBM Salute 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.
presso PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni**

¹⁷ Artt. 19 "Modalità alternative all'autenticazione di copie" - 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni" – 47 "Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà" D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

¹⁸ Artt. 19 "Modalità alternative all'autenticazione di copie" - 46 "Dichiarazioni sostitutive di certificazioni" – 47 "Dichiarazioni sostitutive dell'atto di notorietà" D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000

(Rif. Fondo Metasalute)

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 (www.fondometasalute.it)
- 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.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

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.

Sezione III

CAPITOLO I - SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI PER TUTTI I PIANI SANITARI

Gli Assicurati possono beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa senza costi aggiuntivi.

1) DIAGNOSI COMPARATIVA

L'Assicurato può ricevere un ulteriore parere qualificato, nazionale o internazionale, rispetto a una diagnosi formulata da altro professionista per qualsiasi patologia.

La Centrale Operativa:

- rende disponibili almeno tre nominativi tra cui l'Assicurato può decidere il professionista cui rivolgersi
- aiuta l'Assicurato a fissare gli appuntamenti/trasferimenti/ricoveri nella struttura sanitaria se necessari, nel caso in cui l'Assicurato si affidi alle cure di un consulente dalla stessa segnalato.

Sono a carico dell'Assicurato gli onorari del professionista ed eventuali costi di traduzione del parere.

2) PRESTAZIONI A TARiffe AGEVOLATE

In caso di prestazioni non previste dal piano sanitario o di massimali esauriti, è a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al Network sanitario.

L'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati che aderiscono al circuito Card si trova sul sito www.previmedical.it o può essere chiesto per telefono alla Centrale Operativa.

La Card è nominativa per ogni Assicurato e si può scaricare dall'area riservata www.fondometasalute.it o dall'app mobile.

3) CONSULENZA MEDICA

a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per reperire medici e strutture specialistiche in Italia o all'estero, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato.

Il servizio inoltre fornisce:

- informazione sanitaria sui farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni),
- preparazione per esami diagnostici
- profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero.
- nome di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato nel caso in cui, dopo il consulto, abbia bisogno di una visita specialistica.

Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni sui centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per:

- fornire le informazioni necessarie
- all'occorrenza, individuare e segnalare all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari
- facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione risolvendo eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assicurato.

Il servizio è gratuito da telefono fisso.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assicurato ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

4) GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, ha bisogno di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa (h 24 ore, 365 giorni all'anno). La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Il servizio è gratuito per chiamate da telefono fisso.

5) SECOND OPINION

Dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, l'Assicurato può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza in Italia e all'estero, complementare rispetto a una precedente valutazione medica.

Il servizio telefonico è gratuito per le chiamate da fisso in Italia; per quelle da cellulare e dall'estero i costi sono quelli del piano tariffario di ciascuno.

Sono a carico dell'Assicurato eventuali costi postali per l'invio della documentazione medica necessaria per erogare il servizio.

6) SECOND OPINION INTERNAZIONALE

Per le patologie sotto indicate, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, l'Assicurato può ricevere un secondo parere medico, con costi del parere a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute, complementare rispetto alla precedente valutazione medica, dalle strutture specialistiche e centri di eccellenza internazionali affiliati alla rete Previmedical e da parte di alcuni primari Centri

di eccellenza internazionali convenzionati con Previmedical in cooperazione con primari provider internazionali:

- malattie cardiovascolari
- malattie cerebrovascolari (ictus)
- cecità
- sordità
- tumori maligni
- insufficienza renale
- trapianto di organo
- sclerosi multipla
- paralisi
- malattia di Alzheimer
- malattia di Parkinson
- gravi ustioni
- coma

L'Assicurato:

- contatta la Centrale Operativa
- fornisce la documentazione medica sulla patologia per la quale richiede l'attivazione del servizio di Second Opinion Internazionale.

La Centrale Operativa:

- richiede una seconda consulenza a specialisti che operano in Centri Specialistici di eccellenza internazionale, che forniscono un protocollo diagnostico-terapeutico sulla base dei dati clinici forniti.

7) TUTORING

L'Assicurato può disporre di un affiancamento costante e qualificato per:

- individuare i corretti percorsi terapeutici
- organizzare programmi di prevenzione personalizzati
- gestire i propri bisogni assistenziali.

Il servizio è realizzato con il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e con l'interazione e il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

8) CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Se l'Assicurato si è sottoposto ad accertamenti diagnostici e non può allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante e nessuno può andare per lui, può contattare la Centrale Operativa che:

- organizza il recupero presso l'Assicurato della documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti,
- provvede a recapitare gli esiti degli accertamenti all'Assicurato e al medico da lui indicato.

Il costo per eventuali franchigie/scoperti relativi agli accertamenti è a carico dell'Assicurato.

9) INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno di medicinali prescritti ed è oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal proprio medico curante, può contattare la Centrale Operativa che:

- organizza il ritiro della ricetta presso l'Assicurato
- provvede alla consegna dei medicinali prescritti.

A carico dell'Assicurato è solo il costo dei medicinali.

10) COLLABORATORE FAMILIARE

Se l'Assicurato è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, pertanto non può svolgere le principali incombenze domestiche, può contattare la Centrale Operativa che gli segnala il nome di un collaboratore familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali. Nei casi di ricoveri con frattura, in conseguenza di scippo, rapina, furto o tentato furto, che hanno determinato l'immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, la Centrale Operativa, nelle 4 settimane successive alla dimissione dall'istituto di cura o alla rimozione del gesso, invia un collaboratore domestico

Intesa Sanpaolo RBM Salute assume i relativi costi fino a 6 ore alla settimana, da utilizzare consecutivamente, per un massimo di 2 settimane.

Per attivare la copertura, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione 3 giorni prima delle dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso del certificato.

11) SPESA A DOMICILIO

Nei casi di:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meninge
- fratture che rendano necessaria l'immobilizzazione di almeno un arto
- fratture del bacino

che hanno determinato l'immobilizzazione certificata da prescrizione medica in conseguenza di scippo o rapina avvenuti nel territorio del Comune, furto o tentato furto presso la propria abitazione, l'Assicurato può contattare la Centrale Operativa che, nelle quattro settimane successive al sinistro:

- organizza la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari/prima necessità
- invia la richiesta della lista dei generi alimentari/prima necessità e delle coordinate per la consegna.

L'Assicurato è informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e dell'importo da pagare al momento della consegna.

12) SERVIZIO PRENOTAZIONE TAXI

Se l'Assicurato ha bisogno di un servizio taxi per recarsi in una struttura convenzionata o per rientrare dalla stessa presso la propria abitazione, può mettersi in contatto telefonico con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

L'Assicurato:

- deve comunicare i propri dati anagrafici, la posizione di partenza e la destinazione;
- può prenotare il servizio anche per giornate successive rispetto a quella della richiesta telefonica.

La Centrale Operativa conferma la prenotazione all'Assicurato per sms/telefonata/e-mail.

Il costo della corsa è a carico dell'Assicurato.

13) ORGANIZZAZIONE TRASPORTO AMBULANZA

Se l'Assicurato, in caso di ricovero, ha bisogno di essere trasportato dal proprio domicilio a un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale a un altro, può chiedere che il trasporto:

- sia organizzato e gestito da parte della Centrale Operativa, con ambulanza, eliambulanza e similari, aereo, treno
- o tramite centri convenzionati che erogano il servizio.

Non sono compresi i trasporti per terapie continuative.

Le spese sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute senza limite chilometrico.

14) RIMPATRIO SALMA

Se l'Assicurato è deceduto, la Centrale Operativa può organizzare e gestire, tramite centri convenzionati, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia.

Questo servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma.

I costi del trasporto e dell'organizzazione sono a carico degli aventi diritto dell'Assicurato.

15) INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO

Se l'Assicurato ha bisogno di un medico dalle 20,00 alle 8,00 nei giorni feriali o nelle 24 ore nei giorni festivi e non riesce a reperirlo, può contattare la Centrale Operativa che:

- accertata la necessità della prestazione
- invia uno dei medici convenzionati.

Se i medici convenzionati non possono intervenire, la Centrale Operativa organizza, in sostituzione, il trasferimento nel centro medico idoneo più vicino con autoambulanza.

Il costo delle visite domiciliari attivate tramite Centrale Operativa sono a carico dell'Assicurato che deve pagare direttamente il medico.

16) INVIO DI UN INFERMIERE O FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Se l'Assicurato, nelle due settimane successive al rientro dal ricovero non previsto dalla copertura assicurativa, ha bisogno di essere assistito da un infermiere o un fisioterapista, può contattare la Centrale Operativa che provvede a reperirlo.

Il costo delle prestazioni infermieristiche o dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che deve pagare direttamente l'infermiere o il fisioterapista.

Nei casi di ricoveri per:

- frattura del femore
- fratture vertebrali
- fratture craniche con lesioni encefaliche e/o meninge
- fratture che rendano necessario l'immobilizzazione di almeno un arto
- frattura del bacino

e con una situazione di immobilizzazione, certificata da prescrizione medica, diagnosticata e indicata all'atto delle dimissioni che comporta prestazioni infermieristiche/fisioterapiche,

la Centrale Operativa, nei 10 giorni successivi al ricovero o alla rimozione del gesso, invia un infermiere o un fisioterapista convenzionato.

La Compagnia copre le spese fino a 1 ora al giorno, per un massimo di 7 giorni.

Per attivare la copertura, l'Assicurato deve comunicare alla Centrale Operativa la necessità di usufruire della prestazione almeno 3 giorni prima della data di dimissioni dall'Istituto di Cura o appena in possesso della prescrizione.

17) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

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

Web (www.fondometasalute.it)

Area riservata – Assicurazione

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può visionare le Condizioni di Assicurazione.

Web (www.fondometasalute.it)

Area riservata – Assicurazione

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di rimborso
- 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.

App mobile “mètasalute”

Con l'app mobile “mètasalute”, 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
- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di Rimborso.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli¹⁹:

SEZIONE I - CAPITOLO I - NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 4. Inclusione, esclusione e variazione in corso d'anno delle persone assicurate

Art. 8 - Foro competente

SEZIONE I - CAPITOLO III - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Assenza di Questionario Sanitario

Art. 9 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 10 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 12 - Forma delle comunicazioni

SEZIONE II - CAPITOLO II - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 17 - Esclusioni

Art. 18 - Persone non assicurabili

SEZIONE II - CAPITOLO III - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 19 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

L'Amministratore Delegato e Direttore Generale
Massimiliano Dalla Via
firmato digitalmente

Fondo mètaSalute

Il Presidente
Massimiliano Nobis
firmato digitalmente

¹⁹ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.

Allegato 1 alle Condizioni di Assicurazione – Conv. 100609 Metasalute
PIANO BASE METASALUTE

Massimali*/somme assicurate - scoperti/franchigie/ massimi indennizzabili

**A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO
(COMPRESO NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO
"ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI" ALLE CDA)
ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale**

A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA)			
	Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti
Condizioni			Scoperto 15% Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi
Pre/post		diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% giorni illimitati
Trasporto di primo soccorso			100%
Retta di degenza dell'accompagnatore			100%
A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA	100,00 euro al giorno max. 150 gg.		

B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

B.1 Alta Specializzazione			
	Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	da elenco illimitato 20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni		diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche			
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici	

Condizioni			
	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% max. 55,00 euro per visita Scoperto 30%	
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici Massimale		20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici	
Condizioni	Ticket	Scoperto 30%	
B.4 Accertamenti diagnostici Massimale			
	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici	
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 30% max. 36,00 euro per fattura Scoperto 30%	
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ - B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO - Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucleare ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N. - test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale - amniocentesi o villocentesi: • per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione • per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. - B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia - controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale - una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.		Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).	
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza	
Condizioni			
	diretta rimborso Ticket	100% 100% Scoperto 30%	

B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale		
	diretta	Illimitato
	rimborso/S.S.N.	Illimitato
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	Scoperto 30%

C. FISIOTERAPIA

C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio		
Massimale		
	diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni		
	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	Scoperto 30%
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"		
Massimale		
	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni		
	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	Scoperto 30%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale		
	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni		
	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	Scoperto 30%

D. ODONTOIATRIA

D.1 Cure dentarie	cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigore di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari		
Massimale		diretta	3.500,00 euro
Condizioni		rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale
			Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
		diretta	Scoperto 35%
		rimborso	Scoperto 25%
		Ticket	Scoperto 30%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale	Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.		
Massimale			illimitato
Condizioni		rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
		diretta	100%
		rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
		Ticket	Scoperto 30%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro	Una volta l'anno.		
Massimale			Illimitato
Condizioni		diretta	100%
		rimborso	max. 45,00 euro anno/persona
		Ticket	Scoperto 30%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni			
Massimale			Illimitato
Condizioni		diretta	100%
		rimborso	max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
		Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)	Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro -		

palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Accesso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gingivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) ; Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosì; Pedo estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risultati dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Massimale	3.500,00 euro
Condizioni	
diretta	Scoperto 35%
Ticket	Scoperto 30%

E. PREVENZIONE

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti previsti dalla presente sezione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 Prevenzione base	esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, ecotomografia addome superiore (4/5 organi), come da elenco. Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci,
-------------------------------	--

		che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).
Massimale Condizioni	diretta rimborso diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Sindrome metabolica		L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata. Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
Massimale Condizioni	diretta rimborso diretta rimborso	Illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata) Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		<p>Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)</p> <p>Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)</p> <p>Donne – tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita senologica • Mammografia <p>Donne – oltre i 50 anni Mammografia</p> <p>Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale</p> <p>Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).</p>
Massimale	Diretta	Illimitato

Condizioni	Rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023)
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		<p>Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).</p> <p>Uomo – oltre i 21 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • visita cardiologica • ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) <p>Uomo – oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo <p>Uomo – senza limite di età</p> <ul style="list-style-type: none"> • visita urologica • ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		<p>1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023):</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)		
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)

tra 24% e 33%		7.000,00 euro
>33% e fino 66%		10.000,00 euro
>66% e fino 100%		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 80% e 90%		8.000,00 euro
tra 91% e 100%		10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital		da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno.
Massimale		5.000,00 euro per evento
	diretta rimborso/S.S.N.	2.500,00 euro per evento
Condizioni		Scoperto 30%
	diretta rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	Scoperto 30%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto		
Massimale	Diretta/rimborso	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche		
Massimale		700,00 euro
	diretta rimborso	500,00 euro
G.4 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.5 Visite psicologiche/psichiatriche		un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia
Massimale		350,00 euro
	diretta rimborso/ Ticket	250,00 euro
Condizioni		100%
	diretta rimborso Ticket	max. 36,00 euro per visita
		100%
G.6 Logopedia figli minorenni		
Massimale		100,00 euro
	diretta rimborso Ticket	100%
		max. 20,00 euro a seduta
		100%
H. PRESTAZIONI SOCIALI		
(solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)		

H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo

Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoredito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.

***I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato**

Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE	
Cardiochirurgia, e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 18.000,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 18.000,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 18.000,00
Trapianto cardiaco	€ 45.000,00
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti complessi o complicati	€ 18.000,00
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti singoli non complicati	€ 18.000,00
Bypass aortocoronarico a cuore battente	€ 18.000,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso (esclusi gli interventi eseguiti in cardiologia interventistica)	€ 18.000,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 18.000,00
Tiroidectomia totale con eventuale linfoadenectomia (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 18.000,00
Esofago	
Esofagectomia totale ed esofagectomia sub-totale	€ 18.000,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 18.000,00
Fegato	
Derivazioni biliodigestive	€ 18.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 18.000,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 18.000,00
Interventi per echinococcosi	€ 18.000,00
Colecistectomia anche per via endoscopica	€ 18.000,00
Interventi sulla papilla di Vater	€ 18.000,00
Re-interventi sulle vie biliari	€ 18.000,00
Resezioni epatiche	€ 18.000,00
Trapianto di fegato	€ 45.000,00
Interventi su polmone - bronchi - trachea	
Interventi per fistole bronchiali	€ 18.000,00
Pleuropneumectomia	€ 22.500,00
Pneumectomia	€ 18.000,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 22.500,00
Resezioni segmentarie e lobectomia	€ 18.000,00
Timectomia per via toracica	€ 18.000,00
Trapianto di polmone	€ 45.000,00
Tumori della trachea	€ 22.500,00
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 18.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpaticectomia dorsale toracoscopica, simpaticotomia, neurocompressione del simpatico toracico (o simpaticofrassi o clamping).	€ 18.000,00
Simpaticectomia lombare	€ 18.000,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 18.000,00
Colectomie parziali	€ 18.000,00
Sigmoidostomia compreso eventuale intervento di chiusura stomia	€ 18.000,00
Nervi periferici	
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 18.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 18.000,00
Neurochirurgia	
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 22.500,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Apertura di ascesso cerebrale	€ 18.000,00

Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 18.000,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	€ 22.500,00
Asportazione tumori dell'orbita	€ 18.000,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 18.000,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 18.000,00
Cordotomia e mielotomia percutanea	€ 18.000,00
Cranioplastica	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 18.000,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 18.000,00
Emisferectomia	€ 22.500,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 22.500,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 18.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore (impianto di neuromodulatore) o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 22.500,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 18.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 18.000,00
Intervento per encefalomeningocele	€ 18.000,00
interventi neurochirurgici per ablazione foci epilettogeni	€ 18.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 18.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 18.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 18.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 18.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 18.000,00
Radiochirurgia stereotassica intracranica	€ 18.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Spondilolistesi (dal II grado e radiologicamente documentata)	€ 18.000,00
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari	€ 18.000,00
Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 22.500,00
Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 18.000,00
Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 18.000,00
Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite acuta	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 18.000,00
Pancreatectomia sinistra per neoplasia pancreatica	€ 18.000,00
Splenectomia	€ 18.000,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 18.000,00
Retto - Ano	
Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 18.000,00
Operazione per megacolon	€ 18.000,00
Proctocolectomia totale	€ 18.000,00

Proctolectomia totale, se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 18.000,00
Stomaco, duodeno	
Plastica anti reflusso (laparotomica o laparoscopica, non endoscopica)	€ 18.000,00
Gastroectomia se allargata	€ 18.000,00
Gastroectomia totale	€ 18.000,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 18.000,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 18.000,00
Resezione gastrica	€ 18.000,00
Resezione gastroduodenale per ulcera peptica post-operatoria	€ 18.000,00
Sutura di perforazioni gastriche e duodenali	€ 18.000,00
Torace - parete toracica	
Correzioni di malformazioni parietali	€ 18.000,00
Resezione costali	€ 18.000,00
Toracotomia esplorativa	€ 18.000,00
CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE	
Labioschisi bilaterale	€ 18.000,00
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 18.000,00
Palatoschisi totale	€ 18.000,00
Plastiche per paralisi facciali, anastomosi nervosa da strutture nervose contralaterali o il lembo di muscolo temporale, EMTL procedure (Endoscopically assisted Multiple muscle transposition and Lift)	€ 18.000,00
Push-bach e faringoplastica	€ 18.000,00
Ricostruzione della emimandibola	€ 18.000,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 18.000,00
Riduzione frattura orbitaria	€ 18.000,00
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 18.000,00
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 18.000,00
CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)	
Arti	
Malformazioni complesse delle mani (es: sindattilia, polidattilia) per tempo operatorio	€ 18.000,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 18.000,00
Ricostruzione del pollice	€ 18.000,00
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 18.000,00
Cranio - faccia e collo	
Gravi e vaste mutilazioni del viso (gravità: interessamento di occhi bocca e naso; vastità: interessamento di più di 1/3 del volto)	€ 22.500,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 18.000,00
Torace e addome	
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 18.000,00
Malformazione della gabbia toracica (escluse le malformazioni asintomatiche, come ad esempio il pectus excavatum asintomatico)	€ 18.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 18.000,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 22.500,00
Ricostruzione vaginale	€ 18.000,00
CHIRURGIA VASCOLARE	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 18.000,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 18.000,00
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 18.000,00
Embolectomia e trombectomy arteriosa per arto	€ 18.000,00
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 18.000,00

Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 18.000,00
Interventi per innesti di vasi	€ 18.000,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 18.000,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 18.000,00
Legatura vena cava inferiore	€ 18.000,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 18.000,00
Sutura arterie periferiche	€ 18.000,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 18.000,00
Trattamento chirurgico della elefantiasi degli arti (con dettaglio fotografico)	€ 18.000,00
Trattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 18.000,00
GINECOLOGIA	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annexiectomia)	€ 18.000,00
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	€ 18.000,00
LARINGE - TRACHEA - BRONCHI - ESOFAGO	
Collo (vedere anche chirurgia generale)	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 18.000,00
Asportazione di fistole congenite	€ 18.000,00
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 18.000,00
Esofagotomia cervicale	€ 18.000,00
Legatura di grossi vasi	€ 18.000,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 18.000,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 18.000,00
Laringe	
Cordecomia per via tirotomica	€ 18.000,00
Interventi per paralisi degli abduttori	€ 18.000,00
Laringectomia parziale	€ 18.000,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 18.000,00
Laringectomia sopraglottica	€ 18.000,00
Laringectomia totale	€ 18.000,00
Laringofarigectomia	€ 18.000,00
OCULISTICA	
Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 18.000,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 18.000,00
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 18.000,00
Odontocheratoprotesi	€ 18.000,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	€ 18.000,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
Artroprotesi di anca	€ 22.500,00
Artroprotesi di ginocchio	€ 18.000,00
Artroprotesi di gomito	€ 18.000,00
Emipelvectomia	€ 18.000,00
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 22.500,00
Protesi totale per displasia d'anca	€ 22.500,00
OSTETRICIA	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 18.000,00
OTORINOLARINGOIATRIA	

Cavo orale e faringe	
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale	€ 18.000,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 18.000,00
Tumori parafaringei	€ 18.000,00
Ghiandole salivari	
Parotidectomia totale con o senza preparazione del facciale	€ 18.000,00
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 18.000,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 18.000,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 18.000,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 18.000,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 18.000,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 18.000,00
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 18.000,00
Distruzione del labirinto	€ 18.000,00
Neurinoma del VIII paio	€ 22.500,00
Sezione del nervo cocleare	€ 18.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 18.000,00
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 18.000,00
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 18.000,00
UROLOGIA	
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 18.000,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 18.000,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolari	€ 18.000,00
Orchidopessi bilaterale	€ 18.000,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 18.000,00
Rene	
Endopirolitotomia per stenosi del giunto piero-uretale	€ 18.000,00
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 22.500,00
Nefrectomia parziale	€ 18.000,00
Nefrectomia semplice	€ 18.000,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 18.000,00
Nefroureterectomia totale	€ 22.500,00
Pielotomia	€ 18.000,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 18.000,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 18.000,00
Trapianto renale	€ 22.500,00
Surrene	
Surrenalectomia	€ 18.000,00
Uretere	
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con psoizzazione vescicole	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 18.000,00
Ureteroplastica	€ 18.000,00
Ureterosigmoidostomia uni- o bilaterale	€ 18.000,00
Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 18.000,00
Uretrectomia	€ 18.000,00

Vescica	
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder	€ 22.500,00
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale	€ 18.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileouretoanastomosi	€ 18.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con uretersosingmoidostomia	€ 18.000,00
Diverticolectomia con U.C.N. (uretero-cisto-neostomia)	€ 18.000,00
Emitrigonectomia	€ 18.000,00
Ileo bladder	€ 18.000,00
Ileo e\o coloncistoplastiche	€ 18.000,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 18.000,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 18.000,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 18.000,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 18.000,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 22.500,00

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 € 305.208.000 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).

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie**DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni**

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

Prodotto: Metasalute

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

Che tipo di assicurazione è?

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni ospedaliere, extraospedaliere, fisioterapiche, di prevenzione, odontoiatriche e altre garanzie, differenziate in Piani sanitari (base, A, B, C, D, E, F).

**Che cosa è assicurato?**

- Intesa Sanpaolo RBM Salute dà, a seconda del piano prescelto:
- ✓ Spese mediche in caso di ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico
 - ✓ Indennità sostitutiva per intervento chirurgico: Intesa Sanpaolo RBM Salute corrisponde un’indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero con intervento chirurgico
 - ✓ Diaria da gesso in caso di applicazione di gessatura o tutore immobilizzante sostitutivo
 - ✓ Alta specializzazione, visite specialistiche, ticket per accertamenti diagnostici e accertamenti diagnostici: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di alta specializzazione, visite specialistiche e accertamenti diagnostici
 - ✓ Pacchetto maternità: Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio, visite di controllo ostetrico ginecologiche in gravidanza, supporto psicologico post parto,
 - ✓ Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria
 - ✓ Odontoiatria: Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al pagamento delle spese per determinate curie dentarie
 - ✓ Prevenzione: sono riconosciute un elenco di prestazioni a scopo preventivo
 - ✓ Invalidità permanente da malattia o infortunio: Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificate INAIL o invalidità permanente per patologia certificata INPS
 - ✓ Lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto: La presente copertura prevede il pagamento delle spese sostenute per l’acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall’oculista
 - ✓ Procreazione medicale assistita: La presente garanzia prevede la copertura delle spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA)
 - ✓ Protesi: rimborso delle spese per acquistare protesi ortopediche e apparecchi acustici
 - ✓ Servizi aggiuntivi: Diagnosi comparativa, Prestazioni a tariffe agevolate, Consulenza medica, Guardia medica permanente, Second opinion, Second opinion internazionale, Tutoring, Consegnas Esiti a Domicilio, Invio medicinali al domicilio, Collaboratore familiare, Spesa a domicilio, Servizio prenotazione taxi, Organizzazione trasporto ambulanza, Rimpatrio salma, Invio di un medico generico a domicilio, Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

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

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

**Che cosa non è assicurato?**

- ✗ Nessun limite di età per gli Assicurati, con eccezione
 - dei figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) che rientrano nel “Nucleo familiare a carico” sino al compimento del 26° anno di età (salvo il caso di figli con disabilità come definiti nella definizione di “Nucleo Familiare a carico”)
 - dei figli fiscalmente a carico che possono rientrare nel “Nucleo familiare non a carico” solo a decorrere dal giorno successivo al compimento del 26mo anno di età.
- ✗ Si segnala inoltre la presenza di una serie di casi in cui la copertura assicurativa non opera. Sono ad esempio esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di alcuni sport (tra cui corse automobilistiche) e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti, nonché le malattie conseguenti all’abuso di alcool, di psicofarmaci e all’uso di stupefacenti o allucinogeni. Sono altresì escluse le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui le iniezioni sclerosanti) oppure dovute a cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza. Si ribadisce che tale descrizione dei rischi esclusi è di tipo meramente sintetico e non comprende tutte le casistiche di esclusione previste dalla polizza.
- ✗ Sono escluse le conseguenze dirette o indirette di pandemie

**Ci sono limiti di copertura?**

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



Dove vale la copertura?

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



Che obblighi ho?

- L'Assicurato deve rendere dichiarazioni precise, complete e non reticenti sul rischio da assicurare e nel corso del contratto deve comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Se non rispetta questi obblighi, può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e l'assicurazione può cessare
- L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il Sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena possono. Se questo obbligo non è rispettato, si può perdere del tutto o in parte il diritto al rimborso delle spese
- Se l'Assicurato è rimborsato da Fondi o Enti deve inviare la documentazione di liquidazione di tali Enti insieme alle fotocopie delle relative fatture
- Per ottenere la liquidazione dei sinistri, è necessario presentare la documentazione medica completa di diagnosi intestata all'Assicurato
- In caso di infortunio, se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, l'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il nome e il recapito del terzo responsabile e inviare il referto del Pronto Soccorso
- In caso di incidente stradale, quando fa la prima richiesta di rimborso per le conseguenti prestazioni sanitarie, l'Assicurato deve inviare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole)
- Se l'Assicurato vuole utilizzare una struttura convenzionata, o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato deve sempre usare il regime di assistenza diretta.



Quando e come devo pagare?

- Il premio è annuo e indivisibile, è frazionato nel suo valore in dodici mensilità, è pagato su base mensile alle scadenze per ciascun lavoratore iscritto.
- Il premio aggiuntivo relativo ai componenti del Nucleo familiare non fiscalmente a carico è sempre annuale. Il versamento dei premi avviene con cadenza mensile posticipata entro il giorno 20 del secondo mese successivo al mese di riferimento.
- Le somme assicurate e i premi non sono indicizzati. Il premio comprende l'imposta.
- Il premio è versato dal Contraente a Intesa Sanpaolo RBM Salute con bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura dura 2 anni; decorre dalle ore 00.00 del 01/01/2022, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti dalle ore 00 del giorno dopo il pagamento; scade alle ore 24.00 del 31/12/2023.
- Non è previsto il tacito rinnovo.
- La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).



Come posso dissdire la polizza?

- Non essendo previsto il tacito rinnovo, il Contraente non ha facoltà di disdetta.

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. 

Prodotto: METASALUTE

Ultima release 09/2022

Questo documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima di sottoscrivere il contratto.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Sede legale: via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
tel. +39 041 2518798

sito internet: www.intesasanpaolorbmsalute.com;
e-mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com; pec: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556.

Soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A., iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione con il numero 1.00161 appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2021

Patrimonio netto: 492.561.713,00 euro, di cui capitale sociale 269.000.000,00 euro.

Totale delle riserve patrimoniali: 549.279.567,00 euro.

I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio. Possono essere consultati sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

Risultati della valutazione del profilo di rischio di Intesa Sanpaolo RBM Salute:

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 400.016.993 euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 100.004.248 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 438.839.834 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 378.837.285 euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 110%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo RBM Salute dà:

- ✓ Odontoiatria: visita e igiene orale, visita Pedodontica e/o ablazione tartaro, Sigillatura denti figli minorenni, Interventi chirurgici odontoiatrici
- ✓ Prevenzione: prevenzione base, sindrome metabolica, prevenzione donna, prevenzione uomo,
- ✓ Invalidità permanente
- ✓ Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in day surgery o in day hospital
- ✓ Trisomia 21 – Sindrome di down: la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità
- ✓ Visite psicologiche/psichiatriche
- ✓ Logopedia figli minorenni
- ✓ Prestazioni sociali (solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria): indennità spese assistenziali figli disabili del Titolare caponucleo

L'impegno di Intesa Sanpaolo RBM Salute è rapportato alle somme assicurate concordate con il Contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) terapie medico-chirurgiche con finalità estetica e/o ricostruttiva (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connessi all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato 2) e, con esclusivo riferimento ai piani integrativi, quelli resi necessari da intervento demolitivo per neoplasia maligna, anche effettuati in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza). Sono esclusi gli interventi di simmetrizzazione mammaria
- 2) interventi e qualsiasi atto chirurgico, prestazioni, terapie o procedure per trattare l'infertilità o la sterilità maschile o femminile accertata e comunque tutti gli atti per la fecondazione artificiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari in materia di procreazione medicale assistita
- 3) Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 4) trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool, di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni
- 5) infortuni che derivano dalla pratica sportiva professionale
- 6) infortuni che derivano dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti
- 7) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Iscritto
- 8) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla radioterapia
- 9) conseguenze di guerra, insurrezioni e di qualsiasi atto di terrorismo
- 10) conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 11) terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 12) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive
- 13) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei cd, dei dvd, spese di viaggio
- 14) iniezioni sclerosanti
- 15) medicina legale e medicina del lavoro
- 16) prestazioni di medicina generica comprese, tra l'altro, visite, iniezioni, flebocli, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 17) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 18) ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona
- 19) prestazioni effettuate in palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico; spese per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi
- 20) agopuntura, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 21) tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari.

Si segnala peraltro che a decorrere dal 01/01/2022 non sono più previste dalla presente Convenzione le seguenti prestazioni/garanzie:

- immunonutrizione prima del ricovero;
- monitoraggio domiciliare pre/post ricovero e lungodegenza;
- ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico
- diaria da convalescenza post ricovero con intervento chirurgico
- neonati – Ricovero per intervento chirurgico
- indennità per parto (ferma rimanendo la possibilità di richiedere l'indennità per parto cesareo nell'ambito della garanzia A.2 dei soli Piani Sanitari Integrativi da A a F)
- contributo per latte artificiale
- weekend benessere
- cure e interventi ortodontici
- trattamento topico coi fluoruri
- acquisto di apparecchi ortodontici (per adulti e bambini)
- la seconda igiene orale per gli assicurati maggiorenni e pedodontica la consegna di spazzolino bluetooth, bilancia wireless e misuratore BMI, nei casi in cui erano previsti
- prestazioni odontoiatriche d'urgenza

	<ul style="list-style-type: none"> • implantologia stand alone • screening generici: Controllo delle allergie e delle intolleranze alimentari, Ricerca presenza Helicobacter Pylori, Prevenzione Herpes Zoster e Monitoraggio per lo screening delle apnee ostruttive del sonno (quest'ultimo era previsto solo dal Piano Integrativo F) MOC e indagini di laboratorio specifiche che erano previsti dal Pacchetto Prevenzione Donna per la fascia di età >50 anni • ecocolordoppler arterioso e venoso degli arti inferiori che era previsto dal Pacchetto C della Prevenzione Donna • dosaggio PHI che era previsto dal Pacchetto Prevenzione del cancro alla prostata • prevenzione minori • prevenzione terziaria (Monitoraggio Ipertensione, Monitoraggio dell'asma e della broncopneumopatia cronica ostruttiva - BPCO) • altri controlli (Pacchetto prevenzione tumori della pelle, Pacchetto prevenzione di patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio e controllo posturale e Monitoraggio delle patologie tiroidee) • monitoraggio domiciliare del paziente in uno stato di non autosufficienza • servizi di assistenza globale integrata, organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne • rimborso ticket per acquisto medicinali e garanzia Farmaci (quest'ultima era prevista solo dai Piani Integrativi da A a F) • controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti • indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore del titolare caponucleo ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale • servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica • promozione dell'attività sportiva • spese per la frequenza di Colonie Estive • indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa • indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore in LTC temporanea • rette Asili Nido • consulto nutrizionale e dieta personalizzata • borse di Studio per i figli del Titolare caponucleo • conto Salute <p>22) interventi di chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità, eccetto i casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica</p> <p>23) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)</p> <p>24) ricoveri impropri</p> <p>25) conseguenze dirette o indirette di pandemie (ad esempio, in caso di affezione da Covid-19: è conseguenza diretta la fisioterapia rieducativa respiratoria; è conseguenza indiretta il danno cerebrale).</p> <p>Con particolare riferimento a Covid-19, si specifica quanto segue:</p> <p>A) Conseguenze dirette: è respinta la richiesta di rimborso/autorizzazione quando la prestazione è dovuta a Covid-19.</p> <p>Per i ricoveri correlati a patologia pneumologica e cardiologica, il riferimento al Covid-19 deve essere reperito in cartella clinica. In assistenza diretta, il voucher riporterà una dicitura di autorizzazione condizionata alla verifica della cartella clinica. Laddove la cartella clinica evidensi che la patologia è conseguenza diretta del Covid-19, l'autorizzazione viene annullata. Per le extra-ospedaliere, il riferimento al Covid-19 deve essere rinvenuto nella prescrizione. Nel caso di extra-ospedaliere, per le prestazioni di seguito indicate, se la prescrizione non riporta la specifica del Covid-19, è comunque richiesto all'Assicurato di produrre certificato medico che dichiari che l'Assicurato non è stato affetto da Covid-19 o che la prestazione non è richiesta per sospetto Covid-19. In alternativa, l'Assicurato potrà compilare l'autocertificazione presente sul sito www.fondometasalute.it. Tali prestazioni sono:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Spirometria • RX Torace • ECG • Ecocardiogramma • Tac torace <p>Il certificato medico o l'autocertificazione dovranno essere trasmessi alla Compagnia</p>
--	---

	<p>sia in caso di prestazione in Regime di Assistenza Diretta, che a rimborso (unitamente al modulo di richiesta di rimborso).</p> <p>Sono in ogni caso esclusi gli esami specifici per diagnosticare l'infezione, ovvero le valutazioni sierologiche (IgG, IgM, IgA) o antigeniche (tampone rapido o antigenico e tampone molecolare).</p> <p>B) Conseguenze indirette: sono respinte le richieste di prestazioni collegate a danni cerebrali in soggetto che sia stato affetto da Covid-19; a tal fine, l'informazione relativa all'affezione da Covid-19 in caso di ricovero deve essere riportata dall'anamnesi contenuta nella cartella clinica. Per prestazioni diverse dal ricovero, laddove l'affezione al Covid-19 non emerge dalla prescrizione, è richiesta una autocertificazione (presente sul sito www.fondometasalute.it) dell'Assicurato da allegare alla richiesta di rimborso/autorizzazione con cui si dichiari che l'Assicurato non è stato affetto da Covid-19.</p> <p>Le predette specifiche relative al Covid-19, considerato che le evidenze scientifiche possono mutare nel tempo, potranno essere modificate mediante emissione di apposita appendice di polizza.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente/Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice civile). Vale anche se lo stesso rischio è coperto da contratti con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso di Intesa Sanpaolo RBM Salute.
Di seguito i massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie per il Piano Base. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

PIANO BASE METASALUTE

Massimali*/somme assicurate - scoperti/franchigie/ massimi indennizzabili

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO “ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI” ALLE CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale

A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (compreso nell'elenco di cui all'allegato “Elenco Grandi Interventi Chirurgici” alle CDA)		
Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti
Condizioni	diretta rimborso Ticket	Scoperto 15% Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi Scoperto 30% giorni illimitati
Pre/post		100%
Trasporto di primo soccorso		100%
Retta di degenza dell'accompagnatore		

A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA	100,00 euro al giorno max. 150 gg.
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B.1 Alta Specializzazione	da elenco
Massimale	
Condizioni	diretta rimborso/S.S.N.
	Scoperto 30%
	max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia
	Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche	illimitato
Massimale	20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	Scoperto 30%
	max. 55,00 euro per visita
	Scoperto 30%
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici	20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
Massimale	
Condizioni	Ticket
	Scoperto 30%
B.4 Accertamenti diagnostici	illimitato
Massimale	€ 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici
Condizioni	Scoperto 30%
	max. 36,00 euro per fattura
	Scoperto 30%
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ	Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO	
- Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucleare ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.	
- test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale	
- amniocentesi o villocentesi:	
• per le donne di 35 anni o più: possono	

<ul style="list-style-type: none"> essere erogate senza prescrizione per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. <p>- B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia - controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale - una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore. 	<p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <table> <tr> <td></td><td>diretta</td><td>100%</td></tr> <tr> <td></td><td>rimborso</td><td>100%</td></tr> <tr> <td></td><td>Ticket</td><td>Scoperto 30%</td></tr> </table>		diretta	100%		rimborso	100%		Ticket	Scoperto 30%	700,00 euro per evento gravidanza												
	diretta	100%																					
	rimborso	100%																					
	Ticket	Scoperto 30%																					
B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche																					
Massimale																							
Condizioni	<table> <tr> <td></td><td>diretta</td><td>Illimitato</td></tr> <tr> <td></td><td>rimborso/S.S.N.</td><td>Illimitato</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>diretta</td><td>100%</td></tr> <tr> <td></td><td>rimborso</td><td>max. 36,00 euro per visita</td></tr> <tr> <td></td><td>Ticket</td><td>Scoperto 30%</td></tr> </table>		diretta	Illimitato		rimborso/S.S.N.	Illimitato					diretta	100%		rimborso	max. 36,00 euro per visita		Ticket	Scoperto 30%				
	diretta	Illimitato																					
	rimborso/S.S.N.	Illimitato																					
	diretta	100%																					
	rimborso	max. 36,00 euro per visita																					
	Ticket	Scoperto 30%																					
C. FISIOTERAPIA																							
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio																							
Massimale																							
Condizioni	<table> <tr> <td></td><td>diretta/diretta domiciliare</td><td>500,00 euro</td></tr> <tr> <td></td><td>rimborso/S.S.N.</td><td>250,00 euro</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>diretta</td><td>Scoperto 30%</td></tr> <tr> <td></td><td>diretta domiciliare</td><td>Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso</td></tr> <tr> <td></td><td>rimborso</td><td>Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione</td></tr> <tr> <td></td><td>Ticket</td><td>Scoperto 30%</td></tr> </table>		diretta/diretta domiciliare	500,00 euro		rimborso/S.S.N.	250,00 euro					diretta	Scoperto 30%		diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso		rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione		Ticket	Scoperto 30%	
	diretta/diretta domiciliare	500,00 euro																					
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro																					
	diretta	Scoperto 30%																					
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso																					
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione																					
	Ticket	Scoperto 30%																					
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"																							

	<p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>Diretta/diretta domiciliare</p> <p>rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta</p> <p>diretta domiciliare</p> <p>rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>500,00 euro</p> <p>250,00 euro</p> <p>Scoperto 30%</p> <p>Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso</p> <p>Scoperto 30%</p> <p>Scoperto 30%</p>
	C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
	<p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>Diretta/diretta domiciliare</p> <p>rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta</p> <p>diretta domiciliare</p> <p>rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>500,00 euro</p> <p>250,00 euro</p> <p>Scoperto 30%</p> <p>Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso</p> <p>Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione</p> <p>Scoperto 30%</p>
D. ODONTOIATRIA			
	D.1 Cure dentarie		cure odontoiatriche (compresa la parodontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
	<p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>diretta</p> <p>rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta</p> <p>rimborso</p> <p>Ticket</p>	<p>3.500,00 euro</p> <p>400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.</p> <p>Scoperto 35%</p> <p>Scoperto 25%</p> <p>Scoperto 30%</p>
	D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
	<p>Massimale</p> <p>Condizioni</p>	<p>diretta</p> <p>rimborso/S.S.N.</p> <p>diretta</p> <p>rimborso</p>	<p>illimitato</p> <p>400,00 euro condiviso con Cure Dentarie</p> <p>100%</p> <p>Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona</p>

	Ticket	Scoperto 30%	
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno.	
Massimale Condizioni		Illimitato	
	diretta	100%	
	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona	
	Ticket	Scoperto 30%	
D.4 Sigillatura denti figli minorenni			
Massimale Condizioni		Illimitato	
	diretta	100%	
	rimborso	max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona	
	Ticket	100%	
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro - palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Accesso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) ; Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosia; Pedo estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamiento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico. L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.	
Massimale Condizioni		3.500,00 euro	
	diretta	Scoperto 35%	
	Ticket	Scoperto 30%	

E. PREVENZIONE

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti previsti dalla presente sezione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 Prevenzione base	esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotrasferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, ecotomografia addome superiore (4/5 organi), come da elenco. Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).	
Massimale Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Sindrome metabolica		L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata. Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
Massimale Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata) Scoperto 20% Scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 Pacchetto Donna	Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST
	Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST
	Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)

		Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)
		<p>Donne – tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita senologica • Mammografia <p>Donne – oltre i 50 anni</p> <p>Mammografia</p> <p>Donne – senza limiti di età</p> <p>Ecografia transvaginale</p> <p>Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).</p>
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023)
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).
		Uomo – oltre i 21 anni
		<ul style="list-style-type: none"> - visita cardiologica - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni)
		Uomo – oltre i 50 anni
		<ul style="list-style-type: none"> • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo
		Uomo – senza limite di età
		<ul style="list-style-type: none"> - visita urologica - ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale	Diretta	Illimitato
Condizioni	Rimborso	80,00 euro a pacchetto
	diretta	Scoperto 20%
	rimborso	Scoperto 20%

E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)	1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023): <ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA 	
Massimale Condizioni	Diretta diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo Scoperto 20% Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni inseriti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)		
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio)		
A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco) 7.000,00 euro 10.000,00 euro 15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80% tra 80% e 90% tra 91% e 100%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco) /rimborso (da elenco) 8.000,00 euro 10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital		da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno.
Massimale Condizioni	diretta rimborso/S.S.N. diretta rimborso Ticket	5.000,00 euro per evento 2.500,00 euro per evento Scoperto 30% Scoperto 30% Scoperto 30%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto		80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche		700,00 euro 500,00 euro
G.4 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.5 Visite psicologiche/psichiatriche		

Massimale		diretta rimborso/ Ticket	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro 250,00 euro
Condizioni		diretta rimborso Ticket	100% max. 36,00 euro per visita 100%
G.6 Logopedia figli minorenni Massimale		diretta rimborso Ticket	100,00 euro 100% max. 20,00 euro a seduta 100%
H. PRESTAZIONI SOCIALI (solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)			
H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo	Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoredito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.		

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.

***I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato**
Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute appena possono, per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la domanda di rimborso.
	Assistenza diretta/in convenzione: l'Assicurato può accedere alle prestazioni sanitarie e odontoiatriche del Network reso disponibile da Intesa Sanpaolo RBM Salute dopo aver attivato la Centrale operativa.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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 al rimborso e può cessare l'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Obblighi dell'impresa	<p>Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a:</p> <p>a) Regime di assistenza diretta</p> <ul style="list-style-type: none"> - rilasciare il VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-mediche-assicurative hanno avuto esito positivo. L'Assicurato, previa prenotazione, può effettuare la prestazione nella struttura indicata nel VoucherSalute® entro 30 giorni dal rilascio. La prestazione entro 30 giorni è garantita solo per le strutture proposte dalla Centrale operativa. <p>b) Regime rimborsuale</p> <ul style="list-style-type: none"> - mettere in pagamento il rimborso (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.
------------------------------	---

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Rimborso	<p>Non è previsto il rimborso del premio perché è dovuto sino al mese di permanenza in copertura assicurativa.</p> <p>Se la comunicazione di esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa da parte del Fondo a Intesa Sanpaolo RBM Salute avviene entro il quinto giorno del mese successivo rispetto al mese di cessazione (mese di riferimento), quest'ultima ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di riferimento. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la cessazione ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione.</p> <p>La cessazione produce contestualmente i suoi effetti anche per i componenti del Nucleo familiare a carico del Titolare caponucleo.</p> <p>Per i componenti del Nucleo Familiare non a carico la copertura cessa al 31 dicembre dell'anno cui si riferisce l'adesione del familiare pagante.</p>

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Sospensione	<p>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.</p> <p>Le successive scadenze devono comunque essere rispettate (Art. 1901 del Codice civile). Scaduti i termini, con raccomandata Intesa Sanpaolo RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.</p>

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il Fondo Metasalute potrà esercitare la facoltà di recesso dalla Convenzione al 31.12.2022, nei casi di manifesta e comprovata inadeguatezza degli standard di servizio garantiti dalla Compagnia, alle condizioni e casistiche condivise separatamente tra le Parti.
Risoluzione	La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.



A chi è rivolto questo prodotto?

Ai lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute e relativo nucleo familiare a carico.

È data facoltà al dipendente di estendere la copertura assicurativa, su base volontaria e a fronte del pagamento del relativo premio, ai componenti del nucleo familiare non a carico.



Quali costi devo sostenere?

Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	I reclami sul contratto o un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati all'Ufficio Reclami di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. a scelta: <ul style="list-style-type: none">- compilando on line il modulo (https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html)- per posta, ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)- per fax: 0110932609- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com <p>Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none">- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità- numero di pratica- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.</p> <p>Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.</p>
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Con l'assistenza necessaria di un avvocato, puoi interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98) al fine di raggiungere un accordo tra le parti. Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa civile. La richiesta di mediazione può essere inviata a: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Ufficio Reclami Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE) oppure all'indirizzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Intesa Sanpaolo RBM Salute. La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione di procedibilità per poter agire giudizialmente.

**Altri sistemi
alternativi di
risoluzione delle
controversie**

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE/ASSICURATO (c.d. *HOME INSURANCE*), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.