



**INTESA SANPAOLO  
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria  
per i **Dirigenti in servizio**  
delle Aziende iscritte a  
**FISDAF**

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**MODELLO FI2647**

**Edizione 04/2024**

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



## SOMMARIO

---

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 43:

### SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 – Norme che regolano il contratto in generale** - da pag. 10

### SEZIONE II

- **Capitolo 1 - Prestazioni assicurate** - da pag. 18
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 31
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 33

### ALLEGATI

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

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

**Per rendere più chiare le Condizioni di Assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:**

**Grassetto:** parole e concetti di particolare rilievo

Fondo grigio: decadenze, nullità, limitazione delle garanzie, oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato

Box verde: esempi

## Sezione I

### GLOSSARIO

---

**Il Glossario è parte integrante e sostanziale delle Condizioni di Assicurazione.**

**Ove non diversamente stabilito i termini e le definizioni di seguito elencati, contraddistinti con lettera iniziale maiuscola, hanno nelle Condizioni di Assicurazione il significato a ciascuno di essi attribuito in questo Glossario.**

**I termini indicati al singolare includono il plurale, e viceversa. I termini che denotano un genere includono l'altro genere, salvo che il contesto o l'interpretazione indichino il contrario.**

**Anagrafica:** file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

**Assicurato:** chi è protetto dall'Assicurazione.

**Assicurazione:** contratto stipulato tra la Compagnia e il Contraente con cui la Compagnia si impegna, a fronte del pagamento del Premio da parte del Contraente, a corrispondere agli Assicurati, al verificarsi di un Sinistro, un determinato Indennizzo.

**Assistenza diretta:** regime per cui l'Assicurato

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

La Compagnia paga direttamente il Network per le prestazioni oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto; 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 dal Contratto.

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

**Associato:** aziende aderenti al FISDAF.

**Carenza:** periodo compreso tra l'inserimento degli Assicurati in Polizza e la decorrenza delle prestazioni previste dalla presente copertura assicurativa.

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

**Cassa/Fondo:** FISDAF, Via Plava n. 86, Torino C.F. 80350580017 e ASSIDAI, Via Ravenna n. 14, Roma C.F. 97076780580; aventi esclusivamente finalità assistenziale secondo quanto previsto dall'art. 51, comma 2 lett. a) del D.P.R. n. 917/1986.

**CDA:** Condizioni di Assicurazione, ossia il presente documento, nel quale vengono riportate le clausole che regolano l'Assicurazione.

**Centrale operativa:** struttura individuata per:

- fornire informazioni relative alle coperture assicurative e al Network
- autorizzare le prestazioni in Assistenza diretta.

**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 polizza:** documento che contiene gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza e scadenza, premio, dati dell'Associato, soggetti assicurati, ecc).

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

**Contraente:** FISDAF e ASSIDAI, che stipulano l'Assicurazione nell'interesse altrui e che sono responsabile del pagamento del premio.

**Contratto:** CDA.



**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.

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Non è Day Hospital la permanenza in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale.

**Diagnosi:** la determinazione della natura o della sede di una malattia in base a una interpretazione di segni, sintomi e referti di esami specifici raccolti quali manifestazioni di una patologia.

**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.

**Franchigia:** importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Sinistro ed è "assoluta", ossia opera sempre e interamente, indipendentemente dall'ammontare della somma cui è applicata. Nel caso di somme di denaro corrisposte a giornate, la franchigia può essere anche espressa in giorni (per esempio indennità di 100,00 euro per ogni giorno di ricovero, esclusi i primi 5 giorni).

**Gravidanza:** periodo compreso fra l'attestazione dello stato di gravidanza e l'espulsione del feto

**Indennità:** somma di denaro di importo predeterminato che viene erogata all'Assicurato al verificarsi di un Sinistro.

**Indennizzo:** la prestazione fornita all'Assicurato in caso di Sinistro, nei limiti e alle condizioni previste dal Contratto, sia in regime di Assistenza diretta che tramite la corresponsione di Indennità e Rimborsi.

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

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

Non costituisce Day Hospital la permanenza in reparto a seguito di Intervento ambulatoriale.

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

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono Intervento chirurgico.

**Intervento chirurgico concomitante:** ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

**Intramoenia:** prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- fuori dall'orario di lavoro
- in regime ambulatoriale, di Day hospital o di Ricovero
- 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:

- gli stabilimenti termali
- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la Lungodegenza (RSA)
- 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 10ª revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM dell'OMS<sup>1</sup>).

**Massimale:** importo massimo indennizzabile, per ciascuna annualità e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

---

<sup>1</sup> Si può leggere nel sito del Ministero della Salute ([www.salute.gov.it](http://www.salute.gov.it)).

**Medicina Alternativa o Complementare:** pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

**Network:** rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di Assistenza diretta.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet [www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com) o nell'App mobile.

**Nucleo familiare:** Il dirigente in servizio. Sono inoltre ammessi a beneficiare delle prestazioni, a condizione che non abbiano titolo di fruire di analoga forma di copertura sanitaria integrativa:

- a) il coniuge (anche legalmente separato purché con diritto di assegno alimentare)
- b) i figli fino all'età di 26 anni, o i minori in affidamento, qualora risultino a carico del dirigente in servizio in quanto appartenenti al suo nucleo familiare, appartenenza da dimostrare con la produzione del certificato di stato di famiglia, secondo le specifiche indicazioni e le condizioni di assistibilità definite dal Regolamento FISDAF, con onere di verifica a carico del Contraente. È fatto salvo il mantenimento dell'assistenza nei casi di inabilità/invalidità accertata, secondo quanto previsto dal Regolamento
- b1) in caso di separazione o divorzio del Socio, i figli fino all'età di 26 anni, o i minori in affidamento, qualora risultino a carico in quanto appartenenti al nucleo familiare di uno dei due genitori, appartenenza da dimostrare con la produzione del certificato di stato di famiglia, secondo le specifiche indicazioni e le condizioni di assistibilità definite dal Regolamento FISDAF, con onere di verifica a carico del Contraente. È fatto salvo il mantenimento dell'assistenza nei casi di inabilità/invalidità accertata, secondo quanto previsto dal Regolamento FISDAF
- c) i figli già beneficiari, al compimento del 26° anno di età, secondo le modalità di assistibilità e per la durata, comunque a termine, previste dal Regolamento FISDAF
- d) i figli del coniuge beneficiario, purché di età inferiore a 26 anni, conviventi e a carico del Socio, secondo i criteri definiti dal Regolamento FISDAF
- e) i genitori del Dirigente, che risultino a suo carico al momento dell'iscrizione del Dirigente al FISDAF e per i quali sia fatta specifica richiesta in detto momento, secondo quanto previsto dal Regolamento FISDAF
- f) il convivente more uxorio del Dirigente non coniugato, vedovo o divorziato oppure separato (in quest'ultima ipotesi limitatamente ai casi in cui il coniuge separato non sia beneficiario delle prestazioni riconosciute dal FISDAF), che sia ammesso con le modalità previste dal Regolamento FISDAF. La convivenza more uxorio dovrà essere documentata mediante certificato di stato di famiglia rilasciato ai sensi del D.P.R. 223/1989 o mediante dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi del D.P.R. 445/2000, con onere di verifica a carico del Contraente.

**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.

**Parti:** la Compagnia e il Contraente.

**Polizza:** Assicurazione.

**Premio:** la somma che il Contraente deve pagare alla Compagnia.

**Presidio (o ausilio) medico ortopedico:** strumento o manufatto che sostiene, supplisce, aumenta o migliora una funzione insufficiente o compromessa di parti anatomiche.

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

**Protesi odontoiatriche:** dispositivi medici individuali realizzati per riabilitare le funzioni orali dei pazienti sprovvisti di uno o più denti. Possono essere fisse o mobili, parziali o totali.

**Protesi ortodontiche:** dispositivi medici individuali utilizzati per prevenire, intercettare e correggere i vari tipi di malocclusione, malposizione e disfunzione dei denti e delle strutture correlate.

**Protesi ortopediche:** sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.

Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

**Quesito diagnostico:** indicazione di diagnosi già accertata o sospettata oppure di segni e sintomi che descrivono una situazione morbosa o sospetta tale

**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.

Se previsto, costituisce parte integrante del Contratto.

**Reclamo:** una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Compagnia o di un suo intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo;



non sono considerati Reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

**Regime rimborsuale:** regime per cui sono rimborsate all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Contratto.

**Retta di degenza:** trattamento alberghiero e assistenza medico-infermieristica prestati in regime di degenza ospedaliera, sia ordinaria che in terapia intensiva.

**Ricovero:** degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera). N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

**Ricovero improprio:** la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento durante la quale sono praticati accertamenti diagnostici e/o terapie comunemente effettuabili in regime ambulatoriale.

**Rimborso:** somma di denaro erogata all'Assicurato in caso di Sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dal Contratto.

**Scoperto:** percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Sinistro. In caso di presenza di Franchigia e Scoperto per lo stesso Sinistro, si applica quello che prevede l'importo più alto.

**Servizio sanitario nazionale (S.S.N.):** servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

**Sinistro:** evento, previsto dal Contratto, che fa sorgere l'obbligo di corrispondere l'Indennizzo all'Assicurato nei limiti e alle condizioni previste dal Contratto.

#### **Sinistro e Data Sinistro:**

- **Prestazioni ospedaliere/Interventi chirurgici odontoiatrici:** singolo Ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo Intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie).  
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 Sinistro: data del Ricovero o, se non c'è stato Ricovero, dell'Intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente ed effettuati in vigenza contrattuale.  
Data Sinistro: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.

- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.  
Data Sinistro: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.  
Data Sinistro: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico Sinistro.
- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.  
Data Sinistro: data della singola prestazione oncologica per lo specifico Sinistro.

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

**Sub-Massimale:** importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascuna annualità e per singola garanzia, nell'ambito del Massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per Nucleo familiare.

Per Ricoveri con Intervento chirurgico il sub-Massimale **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

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

**Telemedicina:** insieme di tecniche mediche e informatiche che permettono la cura di un paziente a distanza o più in generale di fornire servizi sanitari a distanza.

**Titolare:** persona fisica che acquisisce la qualifica di Assicurato per il suo legame con l'Associato (es. lavoratore dell'azienda); se previsto dal Contratto il Titolare può inserire in copertura i familiari indicati nella definizione di Nucleo familiare.

**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 ai sensi del Contratto

Devono essere effettuati da:

- medico specialista
- professionista regolarmente abilitato
- 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 non sono oggetto di Indennizzo, le prestazioni:  
o per problematiche estetiche

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

Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le seguenti prestazioni:

- o agopuntura
- o chinesiterapia
- o chiroterapia
- o logopedia
- o rieducazione cardio-respiratoria
- o rieducazione neuro-motoria
- o terapia neuropsicomotoria
- o riabilitazione visiva
- o terapia a onde d'urto
- o ultrasuonoterapia
- o trattamenti osteopatici

**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. Rientrano nella definizione, e quindi sono oggetto di indennizzo, le prestazioni di telemedicina.

## **CAPITOLO 1 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**

### **Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.**

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<sup>2</sup>.

Sito: [www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com)

PEC: [comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com)

### **Art. 2. Carenza**

Non prevista.

### **Art. 3. Indicizzazione dei Premi e delle somme assicurate**

I Premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

### **Art. 4. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal Contratto**

Il diritto al pagamento del Premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze<sup>3</sup>.

Esempio: se il Premio scade il 31 dicembre 2023, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2024.

Gli altri diritti che derivano dall'Assicurazione si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

### **Art. 5. Cosa si assicura**

L'Assicurazione prevede la corresponsione di un Indennizzo per Sinistri riconducibili a Malattia o Infortunio, verificatisi mentre l'Assicurazione è operativa, alle condizioni di seguito indicate.

### **Art. 6. Categorie assicurate**

- Dirigenti in servizio iscritti al FISDAF (Titolari)
- familiari dei Titolari, come identificati nella definizione di Nucleo familiare, anche a fronte del versamento di un Premio aggiuntivo
- Superstiti del Dirigente deceduto ai sensi di quanto previsto dal Regolamento del Fondo non rientranti tra le categorie di cui all'art. 26 "Persone non assicurabili".

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

<sup>2</sup> G.U. 255 del 2 novembre 2007

<sup>3</sup> Art. 2952 "Prescrizione in materia di Assicurazione" del Codice civile



Il Titolare non può essere inserito nel Nucleo familiare di un altro Titolare con cui abbia un legame tra quelli indicati nella definizione di Nucleo familiare (es. coniuge).

È possibile assumere la veste di Assicurato con riferimento a una sola posizione in copertura. Se entrambi i coniugi o conviventi more uxorio sono dirigenti dello stesso Associato e indicati come Assicurati dal Contraente, non possono anche essere inseriti come componenti del Nucleo familiare del rispettivo coniuge o convivente, così come i figli di dirigenti dello stesso Associato coniugati o conviventi more uxorio devono essere inseriti in copertura solo nel Nucleo familiare uno dei coniugi o conviventi.

Devono aderire tutte le persone assicurabili appartenenti alla stessa categoria di lavoratori

### **Art. 7. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario**

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo e può cessare l'Assicurazione<sup>4</sup>.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre alla Compagnia di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività nei loro confronti dell'Assicurazione.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

### **Art. 8. Altre assicurazioni/coperture**

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare alla Compagnia se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, la Compagnia non è tenuta a pagare l'Indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri<sup>5</sup>. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, la Compagnia può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento<sup>6</sup>.

### **Art. 9. Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso**

#### **9.1 Decorrenza**

L'Assicurazione dura 2 anni e ha effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01.01.2023 se il Premio è stato pagato
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

---

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

<sup>6</sup> Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.



## **9.2 Tacito rinnovo**

L'Assicurazione prevede il tacito rinnovo, salvo eventuale richiesta di disdetta.

L'Assicurazione è prorogata di due anni e così per le successive scadenze se una delle Parti non dà disdetta, con raccomandata almeno 90 giorni prima della scadenza.

## **9.3 Diritto di recesso**

Il Contraente può recedere annualmente dal contratto, con raccomandata da inviarsi almeno 60 giorni prima del termine dell'annualità assicurativa in corso. Le Parti concordano che il Contraente, al termine di ogni anno, può esercitare la facoltà di recesso nei casi di manifesta e comprovata inadeguatezza dai livelli di servizio minimi garantiti da Intesa Sanpaolo RBM Salute dettagliatamente disciplinati dall'art. 3 della Side Letter "Livelli di servizio minimi garantiti".

I livelli minimi di servizio possono essere verificati da parte dal Contraente mediante apposita richiesta nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

## **Art. 10. Pagamento del Premio – Anagrafica**

### **10.1 Pagamento del Premio**

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

Il Premio deve essere versato dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario entro le ore 24 del 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza. Il Premio viene stabilito dalla Compagnia sulla base delle anagrafiche provvisorie e/o definitive fornite dal Contraente.

1. Se il Contraente paga il premio oltre la data di scadenza pattuita (dopo il 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza ed entro 6 mesi da questa data), il Contratto di assicurazione non si risolve ed è facoltà della Compagnia sospendere la copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno di pagamento, dando comunicazione al Contraente in tal senso. In tal caso, la Compagnia non fornisce quindi alcuna copertura assicurativa per i Sinistri che dovessero avvenire durante il periodo di sospensione. Le coperture assicurative torneranno a essere attive, dopo il pagamento del Premio avvenuto entro 6 mesi, a decorrere dalla data indicata nel Certificato di polizza, quindi anche con riferimento ai sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione.
2. Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza sopra pattuita il contratto di assicurazione si risolve. Il Contraente non potrà più riattivare le coperture assicurative, anche nel caso in cui decidesse di pagare il premio insoluto. In ogni caso, il Premio annuo è comunque dovuto.



## 10.2 Anagrafica

Il Contraente deve far pervenire alla Compagnia le Anagrafiche tramite tracciato informatico concordato.

- Anagrafica **provvisoria**: entro 30 giorni prima della decorrenza indicata nel certificato di polizza;
- Anagrafica **definitiva**: entro 30 giorni dalla decorrenza dell'Assicurazione.

In mancanza, la Compagnia non potrà prendere in carico richieste di sinistro dei soggetti la cui Anagrafica non sia stata trasmessa.

Per le anagrafiche presenti nell'Anagrafica provvisoria non confermate nell'Anagrafica definitiva, in caso di pagamento di uno o più sinistri, il premio annuo è comunque dovuto.

## Art. 11. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

### 11.1 Nuove nomine

La copertura per il Titolare decorre:

- **se la nomina è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, entro 60 giorni dalla nomina**: dal giorno della nomina
- **se la nomina è comunicata dal Contraente alla Compagnia, mediante trasmissione dell'Anagrafica, dopo i 60 giorni**: dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

Inclusioni nel primo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 100% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

Inclusioni nel secondo semestre (che inizia dal momento della decorrenza dell'Assicurazione): è dovuto il 70% del Premio annuo, per l'intero periodo di copertura.

### 11.2 Inclusione dei componenti del Nucleo familiare in corso d'anno

È consentita solo per i componenti del Nucleo familiare a carico, cioè le persone per le quali il Titolare ha diritto alla detrazione fiscale, nonché il convivente more uxorio il cui reddito complessivo annuo (intendendosi quello di imposta) non sia superiore a quello previsto per il carico fiscale del coniuge<sup>7</sup>, ed in caso di nascita o matrimonio.

Le inclusioni devono essere comunicate dal Contraente alla Compagnia **entro 60 giorni** dall'evento (per esempio, dalla nascita del figlio). La copertura opera da quando i componenti del Nucleo familiare inclusi sono a carico del Titolare.

Se la comunicazione è fatta **dopo i 60 giorni**: la copertura opera dalle ore 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

La modifica (acquisto o perdita) delle condizioni di reddito previste per avere a carico un componente del Nucleo familiare Assicurato, avvenuta nel corso di un'annualità, non ha effetto sui Premi o rate di Premio da corrispondere per il periodo rimanente della stessa annualità.

---

<sup>7</sup> DPR 22 dicembre 1987 n. 917 (Testo Unico delle Imposte sui Redditi – TUIR), art. 12. Attualmente la soglia è di € 2.840,51.

### **11.3 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno**

La copertura opera fino alla scadenza dell'annualità in cui si è verificata la causa di esclusione.

In caso di decesso del dirigente, la copertura dei superstiti che gli subentrino opera fino al 31/12 dell'anno corrispondente all'indennità sostitutiva del preavviso.

### **11.4 Regolazione del Premio**

Oltre a quanto previsto all'art. 10.2 "Anagrafica":

- **entro 30 giorni dalla** ricezione dell'Anagrafica definitiva, si procede alla regolazione contabile del Premio dovuto alla data di decorrenza;
- **entro la fine dell'annualità assicurativa**, si consegna la regolazione contabile del Premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il Premio relativo alla regolazione deve essere versato dal Contraente entro 30 giorni dal ricevimento del documento di regolazione.

Se aumentano i Nuclei familiari in copertura, il Contraente deve pagare il premio di rinnovo aumentato in base all'Anagrafica inviata.

### **Art. 12. Estensione Territoriale**

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. Gli indennizzi sono corrisposti in Italia e liquidati in euro. Se previsto il regime rimborsuale. 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. 13. Forma delle comunicazioni**

Tutte le comunicazioni a cui sono tenuti Compagnia, Contraente e Assicurato ai sensi del presente Contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

### **Art. 14. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente**

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Informativa Privacy di cui all'Allegato 2 del presente Contratto

La suddetta documentazione è l'unica rispetto alla quale la Compagnia si assume obblighi con riferimento alle prestazioni ivi indicate. La redazione di eventuali altri documenti (es. guide operative) verrà valutata ed eventualmente effettuata dalla Compagnia stessa, che non riconoscerà validità alcuna a documenti, relativi alla presente Assicurazione, predisposti da altri.

### **Art. 15. Cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario e operazioni societarie straordinarie**

Nei casi di:



- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
- modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, la Compagnia trasmette al Contraente un'informativa di dettaglio.

**Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.**

#### **Art. 16. Assicurazione per conto altrui**

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi previsti devono essere adempiuti dal Contraente, ovvero dove diversamente stabilito dall'Associato, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato<sup>8</sup>.

#### **Art. 17. Regime fiscale**

Tassa sui Premi: 2,50%

Tassa sugli Indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'Assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato dalla Compagnia.

#### **Art. 18. Reclami**

I Reclami su un Contratto o su un servizio assicurativo devono essere inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute secondo le modalità indicate nel sito internet [www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html).

#### **Art. 19. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie: mediazione**

Per controversie connesse al presente 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 competente<sup>9</sup>.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, Compagnia, Contraente e Assicurato sono liberi di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

#### **Art. 20. Foro Competente**

Per le controversie connesse al presente Contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità esecuzione e risoluzione):

- tra la Compagnia e il Contraente o l'Associato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale Intesa Sanpaolo RBM Salute

---

<sup>8</sup> Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

<sup>9</sup> D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.

- tra la Compagnia e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza (se in Italia) o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Compagnia, Contraente e Assicurato possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

## **Art. 21. Servizi “Segui la tua pratica” e “Home Insurance”**

### **21.1. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"**

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS**.

Il servizio può essere attivato indipendente dai canali in cui viene effettuata la domanda di rimborso.

Nel modulo di rimborso cartaceo l'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare. Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

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

### **21.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE**

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

**Sul sito internet della Compagnia [www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com)**

**Area riservata – CDA. Visualizzare le CDA** (Area riservata – Condizioni di Assicurazione, sezione “Gestisci la tua Polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”, inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).

**Area riservata – Sinistri.** Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso (“Gestisci la tua Polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”)
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

### **App mobile FISDAF**

Con l'app mobile è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- pre-attivare le prestazioni in regime di Assistenza diretta.

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



INTESA SANPAOLO  
RBM SALUTE

**Art. 22. Legge applicabile al Contratto - Rinvio alle Norme di Legge**

Il presente Contratto è regolato dalla Legge italiana.

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

## Sezione II

### CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

#### Art. 23. Descrizione delle prestazioni Assicurate

Vengono di seguito riportati gli Indennizzi che la Compagnia fornisce all'Assicurato in caso di Sinistri riconducibili a Malattia o Infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, Franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in questo Contratto, nella descrizione delle singole garanzie e nell'Allegato 1.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

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

Si specifica che:

- l'integrazione viene effettuata con esclusivo riferimento alle prestazioni previste dal presente contratto. Possono pertanto residuare delle prestazioni, previste dal piano sanitario del FISDAF, per le quali non è prevista l'integrazione delle quote rimaste a carico dopo la corresponsione dell'indennizzo da parte del Fondo;
- l'integrazione viene effettuata nel solo caso in cui la prestazione sia stata eseguita secondo il Regime di erogazione previsto nel presente contratto. Se, ad esempio, il piano sanitario FISDAF prevede che una prestazione possa essere eseguita sia in regime di assistenza diretta sia a rimborso e l'integrazione di quella prestazione, ai sensi del presente contratto, è prevista nel solo caso di assistenza diretta, l'assistito del Fondo che scelga di eseguire la prestazione in regime rimborsuale non potrà chiedere l'integrazione delle somme rimaste a proprio carico;
- i limiti e i massimali indicati nel presente contratto si riferiscono alle somme indennizzate a titolo di integrazione.

### A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

#### 1. Prestazioni assicurate



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

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

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico

- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o terapeutici, le endoprotesi applicati durante l'intervento e necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza, con esclusione delle spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente
- terapia intensiva e/o rianimazione
- in caso di ricovero per terapia fisica per tutte le spese sostenute in Regime rimborsuale è previsto il limite di 800,00 euro per anno e per persona da intendersi come sub-massimale di cui alla lettera C) "Prestazioni fisioterapiche".

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

Le prestazioni di pre e post ricovero sono riconosciute all'interno delle garanzie extraospedaliere previste dalla presente Polizza.

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

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

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

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

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

Sono indennizzati anche gli atti medici di cui all'allegato 3.

## **1.2 Trasporto sanitario**



Trasporto dell'Assicurato in un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero. Si precisa che sono esclusi i trasferimenti in ambulanza in caso di visite mediche, controlli diagnostici e ricoveri in case di riposo.

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



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

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

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



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

### **1.4 Cure termali post ricovero**

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

### **1.5 Fecondazione in vitro (FIVET)**

Sono rimborsate le spese sostenute nell'ambito degli interventi chirurgici/ambulatoriali per il trattamento di fecondazione in vitro (FIVET) in strutture sanitarie dell'Unione Europea inclusi gli esami propedeutici al trattamento (solo per la donna) e agli accertamenti volti alla diagnosi dell'infertilità.

E' previsto esclusivamente il regime rimborsuale.

## **2. Regimi e condizioni di erogazione**

### **Massimali annui**

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

### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

### **Franchigie e scoperti**

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

## **B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE**

### **1. ESAMI DIAGNOSTICI E STRUMENTALI – ANALISI DI LABORATORIO**

#### **1.1 Prestazioni**

Intesa Sanpaolo RBM Salute integra le spese di ogni prestazione effettuata dall'Assicurato in Network fino al massimale indicato. Eventuali esami effettuati a domicilio dell'Assicurato infermo sono ammessi a rimborso se effettuati in Network e se prescritti in tale modalità dal medico curante.



È necessaria la prescrizione medica con indicazione del quesito diagnostico; sono in ogni caso indennizzabili le prestazioni anche in caso di:

- presenza di segni e sintomi
- presenza di algie
- indicazione di un'alterazione dello stato di salute
- analisi/accertamenti causa rischio patologico per familiarità
- analisi/accertamenti di Controllo a seguito di evento/infortunio o intervento chirurgico.



Non sono ammessi controlli periodici o check up.

Sono inclusi esami strumentali unici o ripetuti per valutazione.

Sono, inoltre, incluse le spese relative ai **test diagnostici** per le **certificazioni di DSA** solo in presenza di una prescrizione medica dello specialista (psichiatra) e le spese relative ai test diagnostici nell'ambito della valutazione psicologica, personologica e psicopatologica in presenza di prescrizione medica.

Sono riconosciute le spese relative ad accertamenti eseguiti per la ricerca di infezione da SARS-CoV-2, quali tamponi molecolari e test rapidi antigenici, ad eccezione dei test sierologici ed immunologici.

## 1.2 Regimi e condizioni di erogazione

### Massimali annui

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

### Regimi di erogazione

Assistenza diretta

### Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: nessuno scoperto

Esempi:

#### Regime di Assistenza diretta

Massimale € 6.500,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 245,00 di cui € 49,00 a carico della Compagnia e € 196,00 a carico del FISDAF

## 2. PRESIDI ORTOPEDICI E SANITARI

### 2.1. Prestazioni

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



### 2.2. Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimali

Massimale: illimitato.

### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

### **Franchigie e scoperti**

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

## **3. VISITE SPECIALISTICHE – VISITE PEDIATRICHE E CONSULTI SPECIALISTICI**

### **3.1 Prestazioni**

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

Sono riconosciute le spese sostenute per le prestazioni effettuate dal Dietologo o Nutrizionista (con il limite di 2 per Assicurato) solo se eseguite da medico dietologo, biologo nutrizionista, dietista, nutrizionista e specialista in scienze dell'alimentazione.

Non è inclusa in copertura la stesura del piano dietetico.

Sono riconosciute le spese sostenute per le prestazioni podologiche e cure (con il limite di 2 per Assicurato).

Sono riconosciute, inoltre, le spese sostenute per visite effettuate da Ottico-Optometrista e per sedute di psichiatria tenute da medico specialista psichiatra.

Non sono riconosciute le spese sostenute per visite omeopatiche.

Sono indennizzati anche gli atti medici di cui all'allegato 3.



### **3.2. Regimi e condizioni di erogazione**

#### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato.

#### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta

#### **Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: nessuno scoperto

## **4. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI IN GRAVIDANZA**

### **4.1 Prestazioni**

Sono integrate le spese per le seguenti prestazioni effettuate in gravidanza:

- visite di controllo effettuate durante la gravidanza (connesse allo stato di gravidanza)
- ecografie
- Visita Ostetrica





- Analisi del sangue

Possono altresì essere ricomprese, in presenza di prescrizione medica recante il sospetto diagnostico, visite diverse da quelle ginecologiche purché connesse allo stato di gravidanza stessa e volte a tutelare la salute della gestante (es. visita cardiologica).

#### **4.2. Regimi e condizioni di erogazione**

##### **Massimali**

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato.

##### **Regimi di erogazione**

- Assistenza diretta

##### **Franchigie e scoperti**

- Assistenza diretta: nessuno scoperto

### **5. LENTI/OCCHIALI**

#### **5.1. Prestazioni**



Sono integrate le spese per acquistare occhiali da vista (comprensivi di montature), lenti da vista anche a contatto (incluse le “usa e getta” e comunque in alternativa alle lenti per occhiali) dietro presentazione di certificato del medico oculista o optometrista abilitato, per recuperare l'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi

In caso di intervento chirurgico per difetti di rifrazione o di altri interventi oculistici che comportino una modifica del visus (es. Glaucoma), vengono riconosciuti due ulteriori paia di occhiali entro i 12 mesi successivi alla data dell'intervento.

Sono esclusi dalla garanzia gli occhiali da sole, subacquei, da sci ovvero le spese relative al solo cambio di montatura.

#### **5.2 Regimi e condizioni di erogazione**

##### **Massimali**

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate:

- per gli adulti: 1 occhiale da vista completo o 1 paio di lenti per occhiali o 1 fornitura di lenti a contatto per triennio a persona (per le lenti a contatto usa e getta si considera il bisogno massimo di 3 anni)

- per i minorenni: 1 occhiale da vista completo o 1 paio di lenti per occhiali o 1 fornitura di lenti a contatto per anno a persona (per le lenti a contatto usa e getta si considera il bisogno massimo di 1 anno). Ai fini della presente copertura è considerato minorenne chi al momento della decorrenza dell'annualità assicurativa non ha compiuto 18 anni. Nel caso in cui l'Assicurato compia 18 anni nel corso dell'annualità assicurativa, la Compagnia continuerà ad applicare il massimale previsto per i minorenni fino alla scadenza dell'annualità assicurativa.

##### **Regimi di erogazione**



Assistenza diretta

### Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: nessuno scoperto

Esempi:

#### Regime di Assistenza diretta

Massimale 1 paio di lenti per occhiali

Costo delle lenti progressive €400,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 400,00 di cui € 200,00 a carico della Compagnia e € 200,00 a carico del FISDAF

## C) PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE

### 1. Prestazioni

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



### 2. Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: illimitato.

#### Regimi di erogazione

Assistenza diretta

### Franchigie e scoperti

Assistenza diretta: nessuno scoperto

Esempi:

#### Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della massoterapia € 240,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 240,00 di cui € 96,00 a carico della Compagnia e € 144,00 a carico del FISDAF

## D) PREVENZIONE

### 1. PACCHETTO PREVENZIONE FIGLI MINORI

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



#### 3 – 6 mesi

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

#### 10 – 18 mesi

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

#### 24 – 35 mesi

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

#### 4 anni

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

#### 5 anni

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

#### 6 – 7 anni

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

- Valutazione neuropsicomotoria o comportamentale effettuata da tecnico

#### **8 – 9 anni**

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

#### **11 – 12 anni**

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

#### **13 - 15 anni**

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

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

#### **Regimi e condizioni di erogazione**

##### **Massimali**

Massimale annuo: illimitato

##### **Regimi di erogazione**

Assistenza diretta

##### **Franchigie e scoperti**

Nessuno scoperto

## **2. PACCHETTI PREVENZIONE PER IL SOLO TITOLARE**

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce per il solo Titolare un pacchetto prevenzione ogni due anni, da scegliere tra quelli di seguito indicati e da effettuarsi in Network.

La garanzia è prevista esclusivamente per i dirigenti in servizio delle Aziende che hanno aderito al CCL Dirigenti rinnovato in data 28/04/2023



## **2.1. Check-up prevenzione Donna < 40 anni**

Anticorpi Epatite C (Hcv)  
Antigene Australia (HbsAg)  
Azotemia  
Colesterolo totale  
Colesterolo HDL  
Colesterolo LDL  
Creatinina  
Elettroforesi sieroproteine  
Proteine totali  
Emocromo completo + formula + piastrine  
Esame urine completo  
Ferritina  
Gamma GT  
GOT  
GPT  
Glicemia  
Tempo di trombina  
Tempo di tromboplastina  
Ricerca sangue occulto nelle feci  
Trigliceridi  
Uricemia - urato nel sangue  
VDRL  
Visita cardiologica + ecg  
Visita dermatologica con dermatoscopia  
Visita ginecologica con obiettività mammaria e pap test  
Ecografia addome completo  
Visita internistica finale con relazione

## **2.2. Check-up prevenzione Uomo < 45 anni**

Anticorpi Epatite C (Hcv)  
Antigene Australia (HbsAg)  
Azotemia  
Colesterolo totale  
Colesterolo HDL  
Colesterolo LDL  
Creatinina  
Elettroforesi sieroproteine  
Emocromo completo + formula + piastrine  
Esame urine completo  
Gamma GT  
GOT  
GPT



Glicemia  
Tempo di trombina  
Tempo di tromboplastina  
Ricerca sangue occulto nelle feci  
Trigliceridi  
Uricemia - urato nel sangue  
VDRL  
Visita cardiologica + ecg  
Visita dermatologica con dermatoscopia  
Visita urologica  
Ecografia addome completo  
Visita internistica finale con relazione

### **2.3. Check-up prevenzione Donna ≥ 40 anni**

Anticorpi Epatite C (Hcv)  
Antigene Australia (HbsAg)  
Azotemia  
Colesterolo totale  
Colesterolo HDL  
Colesterolo LDL  
Creatinina  
Elettroforesi sieroproteine  
Emocromo completo + formula + piastrine  
Esame urine completo  
Ferritina  
Gamma GT  
GOT  
GPT  
Glicemia  
Tempo di trombina  
Tempo di tromboplastina  
Ricerca sangue occulto nelle feci  
Trigliceridi  
Uricemia - urato nel sangue  
VDRL  
Visita cardiologica + ecg  
Visita dermatologica con dermatoscopia  
Visita ginecologica con obiettività mammaria e pap test  
Mammografia  
Ecografia mammaria bilaterale  
Ecografia addome completo  
Ecografia della tiroide  
Ecocolordoppler TSA  
Visita internistica finale con relazione



#### **2.4. Check-up prevenzione Uomo ≥ 50 anni**

Anticorpi Epatite C (Hcv)  
Antigene Australia (HbsAg)  
Azotemia  
Colesterolo totale  
Colesterolo HDL  
Colesterolo LDL  
Creatinina  
Elettroforesi sieroproteine  
Emocromo completo + formula + piastrine  
Esame urine completo  
Gamma GT  
GOT  
GPT  
Glicemia  
PSA Reflex - specifico + libero  
Tempo di trombina  
Tempo di tromboplastina  
Ricerca sangue occulto nelle feci  
Trigliceridi  
Uricemia - urato nel sangue  
VDRL  
Visita cardiologica + ecg  
Visita dermatologica con dermatoscopia  
Visita urologica  
Ecografia addome completo  
Ecografia della tiroide  
Ecocolordoppler TSA  
Visita internistica finale con relazione

#### **Regimi e condizioni di erogazione**

##### **Massimali**

Massimale annuo: illimitato. Massimo un pacchetto ogni due anni.

##### **Regimi di erogazione**

Assistenza diretta

##### **Franchigie e scoperti**

Nessuno scoperto

## E) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

### 1. Prestazioni

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



### 2. Regimi e condizioni di erogazione

#### Massimali

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

#### Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale

#### Franchigie e scoperti

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

Esempi:

#### Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della cavità di 2 classe di Black €170,00

Nessuno scoperto

Indennizzo € 170,00 di cui € 90,00 a carico della Compagnia e € 80,00 a carico del FISDAF

#### Regime rimborsuale

Massimale € 5.200,00

Costo della cavità di 2 classe di Black €170,00

Nessuno scoperto

Rimborso FISDAF: € 80,00

Indennizzo € 90,00 (€170,00-€80,00)

## F) ALTRE GARANZIE

### 1 Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

#### 1.1 Prestazioni

Se per Infortunio o Malattia, l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

#### a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:



- un esperto per un consulto telefonico immediato
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici, profilassi in previsione di viaggi all'estero.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

#### **b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione**

Quando, per Infortunio o Malattia che possono richiedere interventi di particolare complessità, l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo:

- la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie
- l'équipe medica, all'occorrenza, segnala all'Assicurato medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari; l'équipe medica resta a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assicurato e il centro in questione, anche per 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, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato **la documentazione clinica**.

#### **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 con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

#### **Art. 24. Estensioni di garanzia**

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

## **CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI**

---

#### **Art. 25. Esclusioni**

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) visite mediche generiche, anche se effettuate da medico specialista in quanto rese in forma ripetitiva e quindi a queste assimilabili



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

## Art. 26. Persone non assicurabili

### Età minima

Non possono entrare in copertura soggetti che non abbiano già compiuto 16 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione. Tale limite non si applica ai figli del Titolare che possono essere inseriti in copertura secondo quanto indicato nella definizione di "Nucleo familiare".

### Età massima

Non possono entrare in copertura soggetti che abbiano già compiuto 80 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione. Per gli Assicurati che raggiungono tale limite di età in corso di copertura, la copertura nei loro confronti cessa alla prima scadenza annuale del Contratto, salvo specifica deroga.

## CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

---

## Art. 27. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

### 27.1 Oneri

---

#### Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro alla Compagnia non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo<sup>10</sup>.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo non può essere presentata e quindi è respinta. Per "richiesta di Indennizzo" si intende quella di accesso al Network per usufruire di prestazioni in regime di Assistenza diretta oppure quella di ottenere un Rimborso o una Indennità (comunque denominata).

La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica (i.e., non valutano l'idoneità del piano terapeutico prescritto dal medico di medicina generale ai fini della cura della patologia dell'Assicurato), ma si limitano ad accertare che si tratti di un Sinistro in copertura.

#### **La Compagnia respinge la richiesta di Indennizzo nei seguenti casi in cui si ritengono mancare gli elementi essenziali sotto richiamati:**

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione

---

<sup>10</sup> Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- assenza totale di documentazione
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- Massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

#### Regime rimborsuale/Corresponsione di Indennità

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- Massimale esaurito
- presentazione di una nuova richiesta di rimborso per una fattura già presentata a rimborso/rimborsata
- presentazione di una richiesta di indennità già richiesta/liquidata
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

#### **La Compagnia richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di Indennizzo se:**

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: Cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure, in caso di Intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; assenza di materiale radiografico e foto intraorali per le prestazioni odontoiatriche).
- non è stato indicato correttamente l'Assicurato cui il Sinistro si riferisce. Se l'Assicurato non integra la richiesta di Indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di integrazione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo è respinta; la domanda può comunque 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 fornita
- cure oncologiche, prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.

#### **Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre compagnie**

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

### **Lingua della documentazione**

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

### **Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute**

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

L'accertamento può essere disposto

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

### **Decesso dell'Assicurato**

Se in corso di validità della copertura l'Assicurato decede

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

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
  - o estremi del testamento
  - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
  - o indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
  - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
  - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
  - o non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede

- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato nel presente Contratto.

#### **Pagamento dell'indennizzo in caso di Beneficiario minorenne o incapace d'agire**

In caso di beneficiario minorenne o incapace d'agire Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga l'indennizzo:

- o a chi esercita la potestà parentale
- o al Tutore
- o al Curatore
- o all'Amministratore di sostegno

dietro presentazione dell'originale o copia autenticata di Decreto del Giudice Tutelare che autorizza questi ultimi a riscuotere il capitale destinato al beneficiario minorenne o incapace.

#### **Prestazioni Intramoenia**

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

#### **Prestazioni tra due annualità assicurative**

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

Non sono ammesse fatture in acconto.

#### **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).

### **27.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di Assistenza diretta**

Si specifica che l'Assistenza diretta ai sensi del presente contratto viene fornita con riferimento ad alcune delle prestazioni previste dal piano sanitario FISDAF: in questi casi l'Assicurato eseguirà la prestazione presso la struttura convenzionata e la relativa spesa verrà tenuta in carico in parte dal FISDAF e in parte dalla Compagnia, alle condizioni previste dal piano sanitario (per la parte del FISDAF) e delle presente Condizioni di assicurazione (per l'integrazione fornita dalla Compagnia).

#### **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 ove prevista.**

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 al FISDAF al **011.0058290**
- per telefono dall'Italia a Intesa Sanpaolo RBM Salute al **800.991.781**
- per telefono dall'estero a Intesa Sanpaolo RBM Salute al **0422.17.44.229**
- via fax al numero Intesa Sanpaolo RBM Salute **0422. 17.44.729**.

Relativamente alle prestazioni pre ricovero è possibile richiedere il voucher esclusivamente tramite canale telefonico.

#### Dati da fornire alla Centrale operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite dalla Compagnia
- 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 o la patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata: 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.

**Non è richiesta** per le prestazioni di prevenzione (sanitaria) e per le visite specialistiche

- **in caso di Infortunio devono essere presentati anche:**
  - se l'Infortunio 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 **il Modulo CID** (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente
- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti** prima della prestazione, ove previsti dal Contratto e/o dal regolamento di FISDAF, in caso di Ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (per esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in persona inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
- in caso di **prestazioni di gravidanza: 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:** certificato medico che attesta la patologia e il codice di esenzione oppure certificato del ginecologo del dipartimento di medicina legale del Servizio Sanitario Nazionale
- **certificato del medico oculista o dell'ottico Optometrista abilitato**, che attesta la modifica del visus, in caso di acquisto lenti. Va specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti. Se si tratta di prescrizione di lenti per variazione visus in soggetto già portatore di lenti correttive, è necessario che sia indicato anche il visus precedente. In ogni caso l'acquisto degli occhiali/lenti a contatto deve avvenire in vigenza di copertura e non oltre 12 mesi dalla data della certificazione di modifica visus.
- **apparecchi acustici, in caso di modifica dell'udito:** esame audiologico/visita audiologica con audiometria che comprovi la necessità di un nuovo apparecchio

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

#### **Come trasmettere i documenti:**

- in caso di avvenuta attivazione all'Area Riservata: tramite Area Riservata/App
- negli altri casi: tramite altra modalità utilizzabile dall'Assicurato (es. e-mail) concordata con la Centrale Operativa
- via fax al numero **0422. 17.44.729**

#### **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, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata:

1. ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia;
2. alla fine della copertura.

Esempio 1:

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.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/11/2023;

VoucherSalute® valido fino al 31/12/2023, per un totale di 51 giorni (in luogo dei convenzionali 90 giorni dalla data di emissione).

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 2 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 2 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. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

#### Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 90 giorni dalla data di emissione, a meno di limiti che intervengano prima dei 90 giorni per:

1. il raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o
2. La 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 1:

Data di dimissione ospedaliera a seguito di ricovero: 10/03/2023

Termine di indennizzo per le spese post ricovero: 120 giorni dalle dimissioni (10/07/2023)

Richiesta VoucherSalute®: 05/05/2023



VoucherSalute® emesso il 10/05/2023;  
VoucherSalute® valido fino al 10/07/2023, per un totale 60 giorni dal 10/05/2023.

Esempio 2:

VoucherSalute® emesso il 10/12/2023;  
VoucherSalute® valido fino al 31/12/2023, per un totale 21 giorni dal 10/12/2023.

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.

### 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 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).

### Segnalazione di nuove Strutture

Se hanno interesse per una struttura sanitaria che non è già parte del Network, gli Assicurati possono segnalarla, perché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento. È sufficiente proporre la candidatura nel sito [www.previmedical.it](http://www.previmedical.it) alla sezione "Richiedi una convenzione".

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

**Se è assolutamente impossibile contattare in anticipo la Centrale operativa nonostante si sia deciso di utilizzare comunque una Struttura del Network**

- l'Assicurato o altro soggetto legittimato 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 o altro soggetto legittimato contatta la Centrale operativa che trasmette un modulo da far compilare alla struttura sanitaria dove l'Assicurato è ricoverato
- **il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale operativa 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'Infortunio.

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

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

### **c) La prenotazione**

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione dalla Compagnia, 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.

### **d) 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 dal Contratto), e, in caso di Ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (per esempio telefono, televisione, bar, Cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.)
- la Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili secondo quanto previsto dal Contratto
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal Contratto, 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 S.D.O., radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, certificato di conformità rilasciato dall'ottico<sup>11</sup>,...).

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dal Contratto (per es.: Franchigie e scoperti, superamento di Massimali).

### **e) Restituzione delle somme indebitamente pagate**

- In Assistenza diretta, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione
- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
  - l'Assicurato deve
  - restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici

---

<sup>11</sup> D.Lgs. 46/1997, attuazione della direttiva 93/42/CEE, concernente i dispositivi medici.

- oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici nel caso in cui la Compagnia non avesse ancora effettuato il pagamento.

### **27.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso / Richiesta di Indennità**

La presente polizza opera a secondo rischio, ad integrazione di quanto previsto dal piano sanitario del fondo FISDAF. Intesa Sanpaolo RBM Salute riconoscerà le spese rimaste a carico dell'Assicurato dopo l'intervento del fondo FISDAF secondo quanto previsto dal presente contratto.

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'Indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 5 giorni di calendario dal ricevimento da parte del FISDAF della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

Le richieste di rimborso superiori a 25.000,00 euro devono essere corredate dalla **cartella clinica integrale** e relative fatture di spesa.

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

#### **Restituzione delle somme indebitamente pagate**

In Regime rimborsuale, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione

- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato all'Assicurato

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli<sup>12</sup>:

Art. 7 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 8 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 9 - Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

Art. 10 - Pagamento del Premio - Anagrafica

Art. 11 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

Art. 20 - Foro competente

Art. 25 - Esclusioni

Art. 26 - Persone non assicurabili

Art. 27 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

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

---

<sup>12</sup> Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.





## **ALLEGATO 2: INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L' "INFORMATIVA") E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il Regolamento sulla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (di seguito il "Regolamento") contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. La presente Informativa ne recepisce le previsioni.

### **SEZIONE 1 - IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

**Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.**, con sede legale in Via A. Lazzari n.5, 30174 Venezia – Mestre (VE), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche la "Società" o il "Titolare") tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le finalità indicate nella Sezione 3. Per ulteriori informazioni può visitare il sito Internet di Intesa Sanpaolo RBM Salute [www.intesasampaolorbmsalute.com](http://www.intesasampaolorbmsalute.com) e, in particolare, la sezione "Privacy" con tutte le informazioni concernenti l'utilizzo ed il trattamento dei Dati Personali.

### **SEZIONE 2 - DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Intesa Sanpaolo RBM Salute ha nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "*Data Protection Officer*" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 7 della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail: [privacy@intesasampaolorbmsalute.com](mailto:privacy@intesasampaolorbmsalute.com)

### **SEZIONE 3 - CATEGORIE DEI DATI PERSONALI, FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO**

#### **Categorie di Dati Personali**

I Dati Personali che la Società tratta sono dati anagrafici, dati di contatto, dati relativi al nucleo familiare, dati di polizza, dati relativi ad eventuali sinistri che La riguardano, dati bancari per la liquidazione dei sinistri, altri dati personali da Lei forniti, nonché dati classificati dall'art. 9.1 del Regolamento come "categorie particolari", quali:

- a) dati relativi allo stato di salute;
- b) dati riportati in prescrizioni e referti medici, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici;
- c) dati relativi alle prestazioni assicurative effettuate a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Inoltre, nell'ambito della gestione di eventuali reclami e contenziosi, potranno essere trattati dati multimediali (es. registrazioni delle telefonate intercorse).

#### **Finalità e base giuridica del trattamento**

I Dati Personali che la riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi<sup>1</sup> (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

---

<sup>1</sup> Ad esempio, intermediari assicurativi, contraenti di polizze collettive o individuali in cui lei risulti assicurato, eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, di trasferimento della posizione



**a) Erogazione di servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per fornirLe i servizi e/o prodotti previsti dagli eventuali contratti assicurativi di cui è parte o da misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (tra cui lavorazione delle richieste di rimborso delle prestazioni effettuate, accertamenti amministrativi e controlli sanitari, liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e in convenzione diretta).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

In relazione a tale finalità, il trattamento di dati particolari (tra cui dati idonei a rilevare le Sue condizioni di salute e dati relativi alla prestazione sanitaria ricevuta) potrà essere effettuato solo con il suo consenso, il cui rifiuto può comportare l'impossibilità per la Società di adempiere a quanto richiesto (art. 6.1 lett. a) del Regolamento).

**b) Comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra l'Interessato e il Titolare e avvisi**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per favorire l'eventuale invio di avvisi e comunicazioni tra Lei ed il Titolare, sempre nell'ambito dell'esecuzione di eventuali contratti assicurativi. Il conferimento di tali dati (es. indirizzo di posta elettronica o numero di telefono) sarà facoltativo.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

**c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per consentirLe la registrazione all' "Area riservata" del sito internet del Titolare e/o l'accesso direttamente tramite le App per dispositivi mobili (FeelUp e Citrus). Tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite (anche tramite notifiche push, qualora attivate, potranno essere inviate informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, estratti conto dei sinistri).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite Area riservata o App dal suo smartphone nell'ambito dell'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

**d) Adempimento agli obblighi di legge connessi all'esecuzione dei contratti assicurativi**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione di contratti assicurativi di cui Lei sia parte, tra cui prescrizioni della normativa antiterrorismo, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi, per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per

---

previdenziale, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze dell'Ordine e altri soggetti pubblici

l'intero corso di vita dello stesso) oppure, infine, per la verifica della conformità aziendale a leggi e regolamenti nazionali e sovranazionali.

I suoi dati potranno inoltre essere trattati per la gestione di eventuali reclami (ricezione del reclamo, trattazione, registrazione all'interno di apposito Registro, predisposizione della risposta ed invio della stessa).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per adempiere ad obblighi di legge.

**e) Estensione della polizza assicurativa a favore di altri Assicurati**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati e quelli di suoi familiari verranno trattati al fine estendere la copertura assicurativa a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto.

In tale contesto potrebbe essere richiesto il conferimento di categorie particolari di dati (dati idonei a rivelare lo stato di salute, referti medici, ecc.) relativi a Lei o a Suoi familiari. Tale conferimento è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma i dati forniti potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

**f) Sviluppo del Business e gestione del rischio assicurativo della Società**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per sviluppare il Business e gestire il rischio della Società. I suoi dati potranno altresì essere trasmessi all'interno del Gruppo imprenditoriale per finalità amministrative. Inoltre, il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario al fine di:

- gestire eventuali contenziosi;
- perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi, tra cui la verifica dei reclami su base statistica e la registrazione delle telefonate con Lei intercorse. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati è effettuato in base al legittimo interesse del Titolare (art. 6.1 lett. f) del Regolamento).

**SEZIONE 4 - CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI PERSONALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI**

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

**a) Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.**

**b) Soggetti Terzi** (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:

- Previmedical S.p.A.;
- Società di mutuo soccorso;
- Compagnie di assicurazione e Broker;
- Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
- Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
- Fondi o casse sanitarie;
- Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
- Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
- Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;

- Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/organizzativa);
  - Istituti bancari
- c) **Autorità** (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc...) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAl, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

Le Società ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso o 4) incaricati da parte del Titolare come soggetti autorizzati al trattamento di tali dati.

Il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati, e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento ex art. 28 del Regolamento.

## **SEZIONE 5 - TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE FUORI DALL'UNIONE EUROPEA**

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

## **SEZIONE 6 - MODALITÀ DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I Suoi Dati Personali sono conservati, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui lei è parte; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo. I Dati Personali potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

## **SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo email [privacy@intesasampaolorbmsalute.com](mailto:privacy@intesasampaolorbmsalute.com). Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa.

Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese dalla Società, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente. Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, la Società potrà addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

**Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.** Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) comunicazioni@pec.intesasampaolorbmsalute.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. Socio Unico: 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.

## **1. Diritto di accesso**

Lei potrà ottenere dalla Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati etc.

Qualora i Dati Personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, Lei ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate relative al trasferimento. Se richiesto, la Società Le potrà fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie la Società potrà addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalla Società in un formato elettronico di uso comune.

## **2. Diritto di rettifica**

Lei potrà ottenere dalla Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.

## **3. Diritto di cancellazione**

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali, se sussiste uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, qualora i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il consenso su cui si basa il trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento.

La informiamo che la Società non potrà procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali: qualora il loro trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

## **4. Diritto di limitazione di trattamento**

Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio: a fronte di una Sua contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali oggetto di trattamento o qualora i Suoi Dati Personali le siano necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento.

## **5. Diritto alla portabilità dei dati**

Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà:

- richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet);
- trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società.

Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalla Società direttamente ad un altro soggetto titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò sia tecnicamente fattibile per la Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.

## **6. Diritto di opposizione**

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione).

Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.



#### **7. Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali**

Fatto salvo il Suo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente.

#### **SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI**

In relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui dati relativi allo stato di salute e alla prestazione sanitaria ricevuta), utilizzati esclusivamente per l'attività assicurativa e liquidativa che la riguarda (es. lavorazione delle richieste di rimborso dei controlli sanitari effettuati), è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza di consenso.

---

<sup>i</sup> Ultimo aggiornamento 22 gennaio 2021

### **Allegato 3: Atti medici e medicali**

Si riporta di seguito l'elenco degli atti medici e medicali indennizzabili nell'ambito delle prestazioni ospedaliere di cui all'art. 23 lettera A) punto 1.1. e nell'ambito delle visite specialistiche di cui all'art. 23 lettera B) punto 3.1:

#### **Sono atti medici:**

- Infiltrazioni comprensive del farmaco da inoculare (solo quelle riconducibili a deficit funzionale o particolare gravità patologica) solo nel caso in cui previste dal Tariffario Chirurgico di Fisdaf quindi indennizzabili come intervento. Tutte le altre infiltrazioni non sono previste da polizza integrativa.
- Terapia sclerosante (qualunque metodo) (indennizzabile nell'ambito delle visite specialistiche)
- Rimozione di apparecchio gessato (gypsotomia) (indennizzabile nell'ambito delle ospedaliere)
- Apposizione di punti di sutura medicazioni (indennizzabile nell'ambito delle visite specialistiche)
- Somministrazione di farmaci (indennizzabile nell'ambito delle visite specialistiche)
- Artrocentesi (indennizzabile nell'ambito delle ospedaliere)
- Paracentesi (indennizzabile nell'ambito delle ospedaliere)
- Toracentesi (indennizzabile nell'ambito delle ospedaliere)
- Laserterapia vaginale o vulvare o della portio (per seduta) MONNALISA (indennizzabile nell'ambito delle ospedaliere)
- Fototerapia (indennizzabile nell'ambito delle visite specialistiche)
- UVB (indennizzabile nell'ambito delle visite specialistiche)
- Luce pulsata (indennizzabile nell'ambito delle visite specialistiche)
- Legatura elastica delle emorroidi (indennizzabile nell'ambito delle ospedaliere)

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  
[comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto: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 Venezia - Rovigo 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).