



**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria

Flexible Meta

Convenzione 100904

per i Lavoratori aderenti al
Fondo

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI 3080

Edizione 06/2024

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.



SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 22:

SEZIONE I

- **Glossario** da pag. 1
- **Capitolo 1 – Norme che regolano la convenzione** - da pag. 4
- **Capitolo 2 – Norme che regolano il contratto in generale** – da pag. 6

SEZIONE II

- **Capitolo 1 – Prestazioni assicurate** - da pag. 10
- **Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni** - da pag. 14
- **Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 15

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)

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

Per rendere più chiare le norme che regolano la Convenzione e le Condizioni di Assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

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

Box verde: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante 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, cioè i lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute.

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

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

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

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

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

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

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

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

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

Contraente: Fondo Metasalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

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

Data Evento:

- quella della prima diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di indennizzo
- quella dell'inserimento nelle liste d'attesa di trapianti italiane, o del trapianto, se non c'è stato l'inserimento nelle predette liste
- quella della prestazione di prevenzione

Evento:

- prima diagnosi di una delle patologie indicate in polizza per la richiesta di Indennizzo
- per il solo trapianto di organo, l'inserimento nelle liste d'attesa di trapianti italiane o il trapianto se avvenuto senza il predetto inserimento
- prestazione di prevenzione

Fondo: Fondo Metasalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584; ha finalità assistenziale ed è abilitato¹ a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

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

Istituto di cura: ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.

Non sono istituto di cura:

- o gli stabilimenti termali
- o le case di convalescenza e di soggiorno
- o colonie
- o case di cura con fini dietologici ed estetici o per la lungodegenza (RSA)

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

o istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per nucleo familiare.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista. Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata - Assicurazione del sito internet www.fondometasalute.it o nell'App mobile.

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.

Parti: la Compagnia e il Contraente.

Polizza: contratto di assicurazione.

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

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

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

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

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

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

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

Titolare: dipendente di azienda iscritta al Fondo.

CAPITOLO I – NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 1. Oggetto della convenzione

Oggetto di questa convenzione è il Piano Sanitario integrativo per l'impiego dei cosiddetti flexible benefits.

Art. 2. Persone assicurabili

2.1. Persone assicurabili

I Lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute, che scelgono di destinare i flexible benefits di cui all'art. 17 Sez Quarta – Titolo IV del CCNL dell'Industria Metalmeccanica e della Installazione d'Impianti e dell'art 43 del CCNL del settore orafa argentiero e della gioielleria al Fondo Metasalute

I predetti Lavoratori aderiscono in forma volontaria alla presente copertura.

Art. 3. Premio

3.1 Il premio annuo è comprensivo di imposte: 2,50%

3.2 Il premio, frazionato nel suo valore in dodicimensilità, è pagato dal Fondo su base mensile posticipata di tre mensilità.

3.3 L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese di cessazione dalla copertura del lavoratore. Si applica quanto previsto dall'articolo 4.2.

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

4.1. Inclusione ed esclusione di dipendenti

Non sono previste inclusioni in corso d'anno.

La data di efficacia e di cessazione della copertura assicurativa coincide con quella di efficacia e cessazione del diritto del lavoratore di usufruire del Piano Sanitario Metasalute. Conseguentemente, la richiesta di esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa è formulata dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, attraverso le modalità di cui all'art. 4.2.

4.2 Cessazione della Copertura

La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.

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

Il premio è dovuto sino al mese di permanenza in copertura assicurativa.

4.3 Regolazione del premio

In nessuno dei casi di cessazione è prevista la restituzione dei premi a qualunque titolo dovuti. Si procede alla consegna delle regolazioni contabili del premio secondo inclusioni e passaggi avvenuti nel mese di riferimento ed eventuali variazioni residuali riferite ai mesi precedenti.

Art. 5 Documentazione relativa alle coperture previste dalla Convenzione

Il Fondo mette a disposizione degli Assicurati i seguenti documenti:

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

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

Art. 6 Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso.

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, Intesa Sanpaolo RBM Salute informa in dettaglio il Contraente che, a sua volta, informa gli Assicurati.

Art. 7 Modifiche

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

Art. 8 Foro competente

Per le controversie

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Contraente: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria della sede legale del Contraente
- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assicurato: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del lavoratore dipendente o del familiare o dell'avente diritto.

Se esistono, le Parti possono ricorrere a sistemi conciliativi.

CAPITOLO II – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007².

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2 Carenza

Non è previsto un periodo di carenza.

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 delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze³.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2024, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2025.

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

Art. 5. Cosa si assicura

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce all'Assicurato:

- un Indennizzo nel caso in cui gli venga diagnosticata l'entrata in coma o una delle Malattie gravi tra quelle previste dalla presente copertura assicurativa, oppure debba sottoporsi ad un trapianto d'organo come ricevente;
- le spese per lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto, in forma diretta;
- le spese relative alla prevenzione erogata all'Assicurato in forma diretta.

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

Art. 6. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Assenza di Questionario Sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione⁴.

² G.U. 255 del 2 novembre 2007.

³ Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

⁴ 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.

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

Non è richiesta la compilazione di alcun Questionario sanitario.

Art. 7. Altre assicurazioni/coperture

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

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁵.

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

Art. 8. Decorrenza dell'assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso

8.1. Decorrenza

L'assicurazione dura 12 mesi e decorre:

- dalle ore 00:00 del giorno 01.06.2024 se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati nei termini concordati di cui all'art. 3.2.
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

8.2 Tacito rinnovo

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

8.3 Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dall'Assicurazione.

Art. 9. Pagamento del Premio – Anagrafica

9.1. Premio

Il premio assicurativo è pagato dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo RBM Salute su base mensile per ciascun lavoratore iscritto.

L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese successivo a quello della data di esclusione dalla copertura del lavoratore.

È versato dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario.

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

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate⁶.

Scaduti i termini, con raccomandata la Compagnia può sciogliere l'Assicurazione e ha comunque diritto a esigere i Premi scaduti.

⁵ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

⁶ Art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice civile.

9.2. Anagrafica

Il Fondo comunica a Intesa Sanpaolo RBM Salute le anagrafiche relative a tutti gli assicurati entro 30 giorni dalla decorrenza della presente copertura assicurativa.

Non sono previste variazioni in corso d'anno di anagrafiche di persone assicurate.

Il Contraente inoltre deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute:

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

Art. 10. Estensione Territoriale

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

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

Art. 11. Forma delle comunicazioni

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

Art. 12. 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. 13 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.

Art. 14 Controversie: mediazione

Per controversie tra Assicurato o Contraente e Intesa Sanpaolo RBM Salute connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente⁷.

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

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (→ Art. 8 "Foro competente" delle Norme che regolano la Convenzione).

Art. 15 Servizio "CONSULTAZIONE ON LINE – HOME INSURANCE"

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet:

- **sul sito internet www.fondometasalute.it**
- **tramite il percorso: Area riservata – Richiedi prestazioni sanitarie**

⁷ D.lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

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

- **Sul sito internet www.fondometasalute.it**
- **Tramite il percorso Area riservata – Assicurazione**

con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di indennizzo
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche.

App mobile “mètasalute”

Con l'app mobile “mètasalute”, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di indennizzo

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

Art. 16 Rinvio alle Norme di Legge

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

Sezione II

CAPITOLO I – PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 17 Descrizione delle prestazioni assicurate

Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce all'Assicurato:

- un Indennizzo nel caso in cui gli venga diagnosticata l'entrata in coma o una delle Malattie gravi tra quelle previste dalla presente copertura assicurativa, oppure debba sottoporsi ad un trapianto d'organo come ricevente;
- le spese per lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto, in forma diretta;
- le spese relative alla prevenzione erogata all'Assicurato in forma diretta.

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

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

PRESTAZIONI

Prestazioni

A) Gravi Malattie

- cancro
- ictus cerebrale
- insufficienza renale
- insufficienza epatica cronica terminale
- coma
- trapianto d'organo come ricevente

B) Lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto

C) Prevenzione

- visita di controllo
- prevenzione dermatologica
- prevenzione odontoiatrica

GRAVI MALATTIE

1. Indennizzo per Gravi malattie

1.1 Prestazioni

La Compagnia paga un Indennizzo se all'Assicurato viene diagnosticata, dopo la data di decorrenza della copertura assicurativa, l'entrata in coma o una delle gravi Malattie di seguito descritte, nonché in caso di trapianto d'organo, alle condizioni di seguito riportate.



Cancro: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (oncologo) di cancro. Il cancro è un tumore maligno diagnosticato come tale dall'esame istopatologico. Il cancro comprende linfomi maligni e malattie maligne del midollo osseo inclusa la leucemia.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- carcinoma in situ, cancro in situ, cancro non invasivo, displasia e tutte le condizioni pre-maligne
- carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
- carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante
- cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (saliva, feci, urina...) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili

Ictus cerebrale: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di ictus con conferma strumentale (TAC o RMN). L'ictus è la morte del tessuto cerebrale dovuta ad un apporto insufficiente di sangue (ictus ischemico) o ad un'emorragia (ictus emorragico) entrambi caratterizzati dalla comparsa improvvisa di nuovi riscontri neurologici, coerenti con la diagnosi di ictustali.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- attacco ischemico transitorio (TIA) per temporanea interruzione o riduzione dell'afflusso del sangue al cervello
- lesioni al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni a seguito di trauma
- emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente; anomalie riscontrate alla TAC o alla RMI in assenza di chiara sintomatologia clinica di ictus e relativi deficit neurologici

Insufficienza renale: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (nefrologo) di insufficienza renale terminale all'ultimo stadio di entrambi i reni con necessità di trattamento dialitico regolare prescritto per la prima volta in vigenza contrattuale.

Insufficienza epatica cronica terminale: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (gastroenterologo) di insufficienza epatica. La diagnosi deve attestare una patologia cronica del fegato che risulta in uno stadio terminale di insufficienza epatica dovuto a cirrosi. Deve essere presente almeno uno dei seguenti segni: ittero permanente, asciti, encefalopatia epatica.

Coma: diagnosi definitiva formulata da un medico specialista (neurologo) di coma. La diagnosi deve attestare uno stato di incoscienza permanente e irreversibile, caratterizzato dall'assenza di reazioni a stimoli esterni o bisogni interni. Lo stato di incoscienza deve:

- richiedere l'utilizzo di sistemi di supporto delle funzionalità vitali per un periodo continuativo di almeno 96 ore
- essere associato ad un deficit neurologico permanente, con persistenza della sintomatologia clinica.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- coma farmacologico
- coma secondario legato all'abuso di alcool o sostanze stupefacenti.

Trapianto d'organo: il sottoporsi a un trapianto come ricevente di uno dei seguenti organi umani interi: cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo o l'inclusione in una lista ufficiale di trapianti italiana per tale procedura.

L'indennizzo è riconosciuto anche in presenza di diagnosi preesistente per patologie progressive che hanno determinato l'insufficienza funzionale dell'organo da trapiantare.

La Compagnia non riconosce l'indennizzo in caso di:

- trapianto parziale di organi o l'impiego di tessuti, cellule e cellule staminali.

L'indennizzo non è riconosciuta agli eredi se la diagnosi della grave patologia è avvenuta in un momento successivo al decesso dell'Assicurato: l'Assicurato deve essere in vita al momento della diagnosi.

1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

Massimale: 10.000,00 euro a Evento

Regime di erogazione

Indennitario

La Compagnia riconosce più indennizzi se all'Assicurato sono diagnosticate più malattie gravi, stati comatosi o la necessità di sottoporsi a trapianti in corso di copertura. Tali Eventi non devono però essere:

- concomitanti
- concause l'uno dell'altra.

Esempio di Eventi concomitanti: ictus cerebrale e insufficienza renale al contempo

Esempio di Eventi che siano concausa l'uno dell'altro: l'Assicurato a causa di un ictus cerebrale entra in stato comatoso.

LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE) O A CONTATTO

1.1. Prestazioni

La Compagnia paga le spese per l'acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto utilizzate per la correzione di qualsiasi difetto visivo, insorto anche prima della decorrenza della presente copertura.



1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimale

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni indicate: 100,00 euro

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Nessuno scoperto/ franchigia

Esempi:
Regime di Assistenza diretta

Massimale € 100,00
Costo delle lenti progressive € 400,00
Nessuno scoperto/franchigia
Indennizzo € 100,00 di cui € 100,00 a carico della Compagnia e € 300,00 a carico dell'Assicurato.

PREVENZIONE



PRESTAZIONI DI PREVENZIONE

L'Assicurato può usufruire di una prestazione a scelta tra visite di controllo, prevenzione dermatologica e prevenzione odontoiatrica.

Le prestazioni possono essere effettuate solo in forma diretta nelle strutture convenzionate, una sola volta all'anno.

Le prestazioni di prevenzione devono effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è possibile richiedere l'autorizzazione attraverso i canali messi a disposizione (telefono, App, area riservata).

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

Nel caso in cui la prestazione di prevenzione non sia erogabile per intero in alcuna struttura del Network, Intesa Sanpaolo RBM Salute autorizza le singole prestazioni previste dal pacchetto, anche presso più strutture sanitarie convenzionate, con impegno, ove possibile, a rispettare il limite di 30 km dalla residenza del Titolare.

1.1. Visita di controllo

È riconosciuta una visita specialistica di controllo all'anno.

La prestazione è garantita anche in caso di consulto o semplice controllo, pertanto, non è richiesta la prescrizione medica.

1.2. Prevenzione Dermatologica

È riconosciuta, una volta all'anno, una visita dermatologica di controllo con relativo esame di epiluminescenza o dermatoscopia.

1.3. Prevenzione Odontoiatrica

Sono riconosciute, una volta all'anno, una visita odontoiatrica e un'igiene orale effettuate nella stessa seduta o in alternativa una radiografia endorale ai fosfori (due arcate)

2.1 Regimi e condizioni di erogazione

Regimi di erogazione

Assistenza diretta

Franchigie e scoperti

Franchigie e scoperti: nessuno

Art. 18 Estensioni di garanzia

Con riferimento al trapianto d'organo l'indennizzo verrà corrisposto anche qualora l'esigenza di sottoporsi al trapianto si fosse manifestata prima della decorrenza della presente copertura. L'indennizzo previsto dalla garanzia "Lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto" viene corrisposto anche se il difetto visivo è insorto prima della decorrenza della presente copertura.

In tutti gli altri casi il presupposto che giustifica la corresponsione dell'indennizzo (es. diagnosi di insufficienza renale) deve essersi verificato in vigenza della presente copertura.

CAPITOLO II – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 19 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:



- 1) attività dolosa dell'Assicurato
- 2) partecipazione dell'Assicurato a delitti dolosi
- 3) eventi causati da armi nucleari, dalla trasmutazione del nucleo dell'atomo e dalle radiazioni provocate artificialmente dall'accelerazione di particelle atomiche, o esposizione a radiazioni ionizzanti

- 4) danni alla propria persona procurati dall'Assicurato stesso, tentato suicidio, negligenza, imprudenza, imperizia nel seguire prescrizioni o consigli medici o esposizione volontaria al pericolo
- 5) uso di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni
- 6) infezione da HIV, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS) o stati assimilabili qualora l'evento assicurato si verifichi entro 5 anni dall'emissione della polizza. La presente esclusione non trova applicazione nel caso in cui l'Assicurato disponga di test HIV con esito negativo effettuato nei 3 mesi precedenti la sottoscrizione della proposta di assicurazione

L'Indennizzo non può essere richiesto anche nei seguenti casi:

- 1) relativamente all'evento cancro:
 - a. carcinoma in situ, cancro in situ, cancro non invasivo, displasia e tutte le condizioni pre-maligne
 - b. carcinoma papillare o follicolare della tiroide che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
 - c. tumore alla prostata, salvo che non sia progredito almeno allo stadio II secondo l'ottava edizione della classificazione AJCC
 - d. carcinoma baso- e squamo-cellulare della pelle e dermatofibrosarcoma protuberante



- e. cancro diagnosticato sulla base di individuazione in qualsiasi fluido corporeo (sangue, saliva, feci, urina...) di cellule tumorali o molecole associate a tumori ed in assenza di ulteriori prove definitive e clinicamente verificabili
- 2) relativamente all'evento ictus cerebrale:
 - a. attacco ischemico transitorio (TIA)
 - b. lesioni da trauma al tessuto cerebrale o ai vasi sanguigni
 - c. emorragia secondaria in una lesione cerebrale preesistente; anomalie riscontrate alla TAC o alla RMI in assenza di chiara sintomatologia clinica di ictus e relativi deficit neurologici
- 3) relativamente all'evento trapianto d'organo:
 - a. trapianto di altri organi diversi dal cuore, polmone, fegato, rene, pancreas, midollo osseo, parti di organi, tessuti o cellule
 - b. trapianto parziale o l'impiego di cellule staminali
- 4) relativamente all'evento coma:
 - a. coma farmacologico
 - b. coma secondario legato all'abuso di alcool o sostanze stupefacenti.
- 7) conseguenze dirette o indirette di pandemie (ad esempio, in caso di affezione da Covid-19: è conseguenza diretta la fisioterapia rieducativa respiratoria; è conseguenza indiretta il danno cerebrale)

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

Art. 20 Persone non assicurabili

Non ci sono limiti di età.

CAPITOLO III – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 21 Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

21.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo⁸.

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici non entrano nel merito della richiesta medica ma si limitano ad accertare che si tratti di un evento in copertura.

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

Assistenza diretta

⁸ Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- garanzia non prevista
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- 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 indennitario

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la garanzia
- mancanza completa di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di indennizzo da parte dell'Assicurato

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

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza S.D.O.) o illeggibile;
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

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

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

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

Lingua della documentazione

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

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari (ad esempio nel caso in cui la cartella clinica contenga dei dati incongruenti con quelli dichiarati in sede autorizzativa e necessari per la liquidazione del sinistro).

Per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

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

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

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

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza Intesa Sanpaolo RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

Uso di medici e strutture convenzionati

Nell'utilizzo di una struttura convenzionata o un medico convenzionato l'Assicurato ha sempre l'obbligo di accedervi solo in 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.fondometasalute.it o nell'app mobile.

21.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta per le garanzie "Prevenzione" e "Lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto"

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®**

Non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono agli operatori di Centrale Operativa, contattabile ai numeri dedicati **800.99.18.15** da telefono fisso (numero verde), **+39 0422.17.44.299** per chiamate da cellulare, fisso e dall'estero.

Dati da fornire alla Centrale Operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione
- prestazione da effettuare

Documenti da trasmettere alla Centrale Operativa

Per le prestazioni di prevenzione non è richiesta la prescrizione.

Per la garanzia lenti/occhiali è necessario il certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista abilitato, che attesta il difetto visivo.

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
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate e la prestazione di prevenzione da eseguire.

Se è vicina la scadenza della copertura assicurativa, **si ricorda di chiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute®** perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che mancano a raggiungere il limite previsto dalla garanzia o la fine della copertura.

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 assicurativi della richiesta**, la Centrale Operativa:

- rilascia all'Assicurato un **VoucherSalute® entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta**
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; **in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa**
- invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata.

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

Validità e riemissione del VoucherSalute®

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

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

Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/07/2024;
VoucherSalute® valido fino al 29/09/2024, per un totale 90 giorni dal 01/07/2024.

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.

Distanza del centro convenzionato superiore a 30 km dalla residenza del Titolare

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

Nel caso in cui la prestazione di prevenzione non sia erogabile per intero in alcuna struttura del Network, Intesa Sanpaolo RBM Salute autorizza le singole prestazioni previste dal pacchetto, anche presso più strutture sanitarie convenzionate, con impegno, ove possibile, a rispettare il limite di 30 km dalla residenza del Titolare.

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

b) La prenotazione

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

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

c) Centrale Operativa non attivata

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

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 (prestazioni non previste dalle CDA)

- Intesa Sanpaolo RBM Salute effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili a termini di polizza
- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle CDA.

Art. 21.3 Procedura di accesso alle prestazioni – Domanda di pagamento dell'indennizzo per grave malattia

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

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario della prestazione e riportarne i dati anagrafici.

Per valutare in modo corretto il Sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, la Compagnia può sempre chiederne anche gli originali.

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'Indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica, ossia di predisposizione della lettera di liquidazione, e non di accredito) all'Assicurato:

- entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di indennizzo completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria;
- entro 25 giorni lavorativi nel caso di richiesta di integrazione della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria. Il computo dei giorni inizia in questo caso dalla ricezione della richiesta di indennizzo e resta sospeso ogni volta che viene chiesta un'integrazione documentale all'Assicurato, ripartendo al momento della ricezione della documentazione da parte della Compagnia. Il termine non riparte da zero, ma al contrario vengono conteggiati e sommati tra loro i periodi in cui la richiesta è rimasta in carico alla Compagnia.

a) Richiesta di indennizzo cartacea

Per ottenere l'indennizzo non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il **Modulo di richiesta di rimborso per spese sanitarie/indennità'** (www.intesasnpaolorbmsalute.com sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica). Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, la Compagnia prende in carico la richiesta di Indennizzo solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo. La richiesta deve essere accompagnata da documentazione comprovante la prima diagnosi durante il periodo di copertura di una delle patologie previste dalla presente copertura assicurativa.

In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di indennizzo copia dei seguenti documenti:

- **dichiarazione del medico specialista** che attesti la diagnosi di una delle patologie elencate nella presente Polizza
- **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)**, relativa alla patologia oggetto del Sinistro nel caso in cui abbia comportato ricovero
- **eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter liquidare il sinistro**

- **con riferimento alla garanzia “gravi malattie” (salvo il caso di richiesta di indennità per trapianto d’organo) per escludere la presenza di patologie preesistenti: certificato anamnestico**

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

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

**INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
presso PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni
(Rif. Fondo Metasalute)
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde**

Per avere diritto alle prestazioni previste garanzia “Malattie Gravi” l’Assicurato dovrà essere in vita al momento della diagnosi.

b) Richiesta di indennizzo on line

In alternativa alla procedura di indennizzo cartacea, l’Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (www.fondometasalute.it)
- attraverso la app mobile.

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

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

Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

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

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli⁹:

SEZIONE I - CAPITOLO I - NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

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

Art. 8 - Foro competente

SEZIONE I - CAPITOLO II – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Assenza di Questionario Sanitario

Art. 7 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 8 - Decorrenza dell'assicurazione – Tacito rinnovo- diritto di recesso

Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 9 – Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 11 - Forma delle comunicazioni

SEZIONE II - CAPITOLO II - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 19 - Esclusioni

Art. 20 - Persone non assicurabili

SEZIONE II - CAPITOLO III - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 21 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

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

Fondo MetaSalute

Il Presidente
Massimiliano Nobis
firmato digitalmente

⁹ Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.



Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito gli Indennizzi e i regimi di erogazione delle garanzie.

Garanzie	Importi e Modalità di erogazione
A) GRAVI MALATTIE	
Indennizzo per gravi malattie: <ul style="list-style-type: none">▪ Cancro▪ Ictus cerebrale▪ Insufficienza renale▪ Insufficienza epatica cronica terminale▪ Coma▪ Trapianto d'organo	
Condizioni:	
Indennizzo	10.000,00 euro a Evento
B) LENTI CORRETTIVE DI OCCHIALI (COMPRESSE LE MONTATURE O A CONTATTO)	
Occhiali da vista (montatura inclusa) o lenti a contatto per la correzione di qualsiasi difetto visivo.	
Massimale	100,00 euro
Condizioni:	
diretta	Nessuno scoperto/franchigia
C) PREVENZIONE	
Prestazioni di prevenzione	1 prestazione di prevenzione a scelta tra quelle previste, 1 sola volta all'anno
1.1. Visita di controllo	
Condizioni:	
diretta	100%
1.2. Prevenzione dermatologica	
<ul style="list-style-type: none">▪ Visita di controllo con esame con epiluminescenza o dermatoscopia	
Condizioni:	
diretta	100%
1.3. Prevenzione Odontoiatrica	
<ul style="list-style-type: none">▪ Visita odontoiatrica e igiene orale o in alternativa radiografia endorale ai fosfori (due arcate)	
Condizioni:	
diretta	100%

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 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

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

Categorie di Dati Personali

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

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

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

Finalità e base giuridica del trattamento

I Dati Personali che la riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi¹ (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

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

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

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

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

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

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

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

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

c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App

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

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

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

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

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. 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.

ⁱ Ultimo aggiornamento 22 gennaio 2021

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

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).