

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.



Prodotto: **METASALUTE Convenzione 100895 – MS1**

Ultima release 01/2024

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

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Sede legale: via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)

tel. +39 041 2518798

sito internet: www.intesasanpaolorbmsalute.com;

pec: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

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

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

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2022

Patrimonio netto: 724.070.593,00 euro, di cui capitale sociale 305.208.000,00 euro.

Totale delle riserve patrimoniali: 337.030.042,00 euro.

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

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

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 277.902.004 euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 125.055.902 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 511.401.489 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 469.716.188 euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 184%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo RBM Salute dà:

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

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) terapie medico-chirurgiche con finalità estetica e/o ricostruttiva (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connessi all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato 2) e, con esclusivo riferimento ai piani integrativi, quelli resi necessari da intervento demolitivo per neoplasia maligna, anche effettuati in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza). Sono esclusi gli interventi di simmetrizzazione mammaria
- 2) interventi e qualsiasi atto chirurgico, prestazioni, terapie o procedure per trattare l'infertilità o la sterilità maschile o femminile accertata e comunque tutti gli atti per la fecondazione artificiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari in materia di procreazione medicale assistita
- 3) Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 4) trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool, di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni
- 5) infortuni che derivano dalla pratica sportiva professionale
- 6) infortuni che derivano dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti
- 7) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato
- 8) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla radioterapia
- 9) conseguenze di guerra, insurrezioni e di qualsiasi atto di terrorismo
- 10) conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 11) terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 12) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive
- 13) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei cd, dei dvd, spese di viaggio
- 14) iniezioni sclerosanti
- 15) medicina legale e medicina del lavoro
- 16) prestazioni di medicina generica comprese, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 17) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 18) ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona
- 19) prestazioni effettuate in palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico; spese per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi
- 20) agopuntura, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 21) tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari.
- 22) interventi di chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità, eccetto i casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica
- 23) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
- 24) ricoveri impropri
- 25) conseguenze dirette o indirette di pandemie.



Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente/Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri (Art. 1910 del Codice civile). Vale anche se lo stesso rischio è coperto da contratti con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Di seguito i massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie per il Piano Base. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

PIANO MS1

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

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO

(COMPRESO NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO

"ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI" ALLE CDA)

ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale

<p>A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA)</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso/S.S.N.</p> <p style="text-align: center;">Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso <i>Ticket</i></p> <p>Pre/post</p> <p>Trasporto sanitario</p> <p>Retta di degenza dell'accompagnatore</p>	<p>da elenco GIC</p> <p>illimitato</p> <p>18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti</p> <p>4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella</p> <p>Scoperto 15%</p> <p>Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi</p> <p>100%</p> <p>giorni illimitati</p> <p>100%</p> <p>100%</p>
<p>A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA</p>	<p>100,00 euro al giorno max. 150 gg.</p>
B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
<p>B.1 Alta Specializzazione</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso</p>	<p>da elenco</p> <p>max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare</p> <p>Scoperto 40%</p> <p>max. 70,00 euro per accertamento</p>
<p>B.2 Visite specialistiche</p> <p>Massimale</p>	<p>max. 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare</p>

<p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso</p>	<p style="text-align: center;">franchigia 45,00 euro max. 50,00 euro per visita</p>
<p>B.3 Ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;"><i>Ticket</i></p>	<p style="text-align: center;">5.000,00 euro anno/nucleo</p> <p style="text-align: center;">100%</p>
<p>B.4 Accertamenti diagnostici Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso</p>	<p style="text-align: center;">max. 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 40% max. 30,00 euro per fattura</p>
<p>B.5 PACCHETTO MATERNITÀ</p> <p>- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N. - test genetici prenatali (E.G.Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale - amniocentesi o villocentesi: <ul style="list-style-type: none"> • per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione • per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. <p>- B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE</p> <ul style="list-style-type: none"> - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia - controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale - una visita anestesiologica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore. <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta</p>	<p>Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).</p> <p style="text-align: center;">700,00 euro per evento gravidanza</p> <p style="text-align: center;">100%</p>

	rimborso Ticket	100% 100%
B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale	diretta	Illimitato
	rimborso/S.S.N.	Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
C. FISIOTERAPIA		
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio		
Massimale	diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	100%
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	100%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	Scoperto 30%
	diretta domiciliare	Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso
	rimborso	Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	

		100%
D. ODONTOIATRIA		
D.1 Cure dentarie		cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Massimale	diretta	2.000,00 euro
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e ablazione tartaro
Condizioni		Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
	diretta	Scoperto 35%
	rimborso	Scoperto 25%
	Ticket	100%
D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Massimale	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		Illimitato
Massimale	diretta	100%
Condizioni	rimborso	max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare)

<p>Massimale Condizioni</p>	<p>ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) ; Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in anchilosi; Pedo estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p>
	<p>2.000,00 euro</p>
<p>diretta</p>	<p>Scoperto 35%</p>
<p>Ticket</p>	<p>100%</p>
<p>E. PREVENZIONE</p>	
<p>La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026.</p> <p>Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.</p>	
<p>E.1 PREVENZIONE BASE</p>	
<p>E.1.1 Prevenzione base</p>	<p>esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, come da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare.</p>
<p>Massimale</p>	

Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee Massimale		visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto
rimborso	diretta	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale Massimale		visita fisiatrica o ortopedica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.4 Sindrome metabolica		L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata.
Massimale		Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		<p>Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)</p> <p>Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)</p> <p>Donne – tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita senologica • Mammografia <p>Donne – oltre i 50 anni Mammografia</p> <p>Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale</p> <p>Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni,</p>

		dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026).
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025). Uomo – oltre i 21 anni - visita cardiologica - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) Uomo – oltre i 50 anni • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo Uomo – senza limite di età - visita urologica - ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2023 potrà eseguirlo nel 2025): • PSA FREE: • 2 PRO PSA
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	diretta	Scoperto 20%

rimborso	Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)	
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL tra 24% e 33% >33% e fino 66% >66% e fino 100%	plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 7.000,00 euro 10.000,00 euro 15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80% tra 80% e 90% tra 91% e 100%	plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco) 8.000,00 euro 10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI	
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital Massimale Condizioni	da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno. diretta rimborso/S.S.N. diretta rimborso Ticket
	1.500,00 euro per evento 1.500,00 euro per evento Scoperto 35% Scoperto 35% 100%
G.2 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche Massimale	diretta rimborso
	700,00 euro 500,00 euro
G.3 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)	In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.4 Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti) a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica Massimale Condizioni	diretta rimborso/Ticket diretta rimborso Ticket
	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro 250,00 euro 100% max. 36,00 euro per visita 100%
G.5 Logopedia figli minorenni Massimale	diretta rimborso Ticket
	100,00 euro 100% max. 20,00 euro a seduta 100%
H. PRESTAZIONI SOCIALI (solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)	

H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo	Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.
--	---

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

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



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro: L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute appena possono, per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la domanda di rimborso.</p> <p>Assistenza diretta/in convenzione: L'Assicurato può accedere alle prestazioni sanitarie e odontoiatriche del Network reso disponibile da Intesa Sanpaolo RBM Salute dopo aver attivato la Centrale operativa.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: non prevista.</p> <p>Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del sinistro.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto al rimborso e può cessare l'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	<p>Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a:</p> <p>a) Regime di assistenza diretta</p> <p>- rilasciare il VoucherSalute® entro 7 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-mediche-assicurative hanno avuto esito positivo. L'Assicurato, previa prenotazione, può effettuare la prestazione nella struttura indicata nel VoucherSalute® entro 90 giorni dal rilascio. La prestazione entro 90 giorni è garantita solo per le strutture proposte dalla Centrale operativa.</p> <p>b) Regime rimborsuale</p> <p>- mettere in pagamento l'indennizzo (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni lavorativi (25 giorni lavorativi in caso di sospensione della pratica per richiesta di integrazione documentale) dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.</p>





Quando e come devo pagare?


Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
---------------	---

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

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il Fondo Metasalute e Intesa Sanpaolo RBM Salute, quest'ultima anche nell'interesse delle imprese coassicuratrici, hanno facoltà di recedere dalla Convenzione, con effetto dalle 00.00 del 01.01.2025 ovvero dalle 00.00 del 01.01.2026. Il recesso, a pena di decadenza, dovrà essere comunicato per iscritto a tutte le altre parti della Convenzione mediante raccomandata A.R. o PEC entro il 01.07 dell'anno antecedente all'efficacia del recesso stesso.
Risoluzione	La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Ai lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute e relativo nucleo familiare a carico.</p> <p>È data facoltà al dipendente di estendere la copertura assicurativa, su base volontaria e a fronte del pagamento del relativo premio, ai componenti del nucleo familiare non a carico.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<p>All'impresa assicuratrice</p>	<p>I reclami sul contratto o un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati all'Ufficio Reclami di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. a scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - compilando on line il modulo (https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html) - per posta, ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE) - per fax: 0110932609 - per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com - a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com <p>Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato - nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità - numero di pratica - esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.</p> <p>Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.</p>
<p>All'IVASS</p>	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p>
<p>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</p>	
<p>Mediazione</p>	<p>Con l'assistenza necessaria di un avvocato, puoi interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98) al fine di raggiungere un accordo tra le parti.</p> <p>Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.</p> <p style="text-align: center;">La richiesta di mediazione può essere inviata a: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Ufficio Sinistri Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)</p> <p>oppure all'indirizzo pec: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</p>
<p>Negoziazione assistita</p>	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato a Intesa Sanpaolo RBM Salute.</p> <p>La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione di procedibilità per poter agire giudizialmente.</p>
<p>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</p>	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</p>

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