

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.



Prodotto: METASALUTE

Ultima release 01/2021

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

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

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

tel. +39 041 2518798

sito internet: www.intesasanpaolorbmsalute.com;

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

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

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

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2019

Patrimonio netto: 306.026.694,00 euro, di cui capitale sociale 160.000.000,00 euro.

Totale delle riserve patrimoniali: 100.873.413,00 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) = 184.707.420 euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 46.176.855 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 322.795.948 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 321.320.852 euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 175% (185% al netto dell'add on di capitale).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo RBM Salute dà:

- ✓ Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico
- ✓ Odontoiatria: visita e igiene orale, visita Pedodontica e/o ablazione tartaro, Sigillatura denti figli minorenni, apparecchi ortodontici per minori, Interventi chirurgici odontoiatrici, Prestazioni odontoiatriche d'urgenza e implantologia stand alone compresa manutenzione impianti e sostituzione corone
- ✓ Prevenzione: screening generici, prevenzione base, sindrome metabolica, prevenzione donna, prevenzione uomo, prevenzione minori 6mesi-18anni, prevenzione Terziaria e altri controlli
- ✓ Monitoraggio domiciliare del paziente in stato di non autosufficienza;
- ✓ Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne
- ✓ Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in day surgery o in day hospital
- ✓ Rimborso ticket per acquisto medicinali

- ✓ Trisomia 21 – Sindrome di down: la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità
- ✓ Indennità per le spese sanitarie e assistenziali sostenute per genitore del titolare caponucleo ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale
- ✓ Servizio di guardia medica pediatrica e visita domiciliare pediatrica
- ✓ 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 di maternità o paternità per astensione facoltativa, indennità spese assistenziali figli disabili, Indennità spese sanitarie e assistenziali genitori in LTC, rette asili nido, consulto nutrizionale e dieta personalizzata, borse di studio per i figli per i figli del Titolare caponucleo, quota associativa dell'attività sportiva, visita sportiva agonistica/non agonistica, spese per la frequenza di colonie estive
- ✓ Conto salute – Piano di risparmio sanitario.

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'Isritto
- 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, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 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 (ad esempio, in caso di affezione da Covid-19: è conseguenza diretta la fisioterapia rieducativa respiratoria; è conseguenza indiretta il danno cerebrale).

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

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

Per i **ricoveri** correlati a patologia pneumologica e cardiologica, il riferimento al Covid-19 deve essere reperito in cartella clinica. In assistenza diretta, il voucher riporterà una dicitura di autorizzazione condizionata alla verifica della cartella clinica. Laddove la cartella clinica evidenzia che la patologia è conseguenza diretta del Covid-19, l'autorizzazione viene annullata.

Per le **extra-ospedaliere**, il riferimento al Covid-19 deve essere rinvenuto nella prescrizione. Nel caso di extra-ospedaliere, per le prestazioni di seguito indicate, se la prescrizione non riporta la specifica del Covid-19, è comunque richiesto all'Assicurato di produrre certificato medico che dichiari che l'Assicurato non è stato affetto da Covid-19 o che la prestazione non è richiesta per sospetto Covid-19. In alternativa, l'Assicurato potrà compilare l'autocertificazione presente sul sito www.fondometasalute.it.

Tali prestazioni sono:

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

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

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

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

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



Ci sono limiti di copertura?

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

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

PIANO BASE METASALUTE

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

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO 2 ALLE CDA) ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale

A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (compreso nell'elenco di cui all'allegato 2 alle CDA)		
Massimale		
	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti
	misto	come il rimborso
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	100% - nei massimali previsti per i singoli interventi
	S.S.N.	100%
Pre/post		giorni illimitati
Immunonutrizione prima del ricovero		3 somministrazioni al giorno per 5-7 giorni prima dell'intervento chirurgico
Monitoraggio domiciliare pre/post ricovero e lungodegenza		100% in assistenza diretta
	Programma 1	120 gg.
	Programma 2	pari al periodo di non autosufficienza/lungodegenza
Trasporto di primo soccorso		100%
Retta di degenza dell'accompagnatore		100%
A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery)		100,00 euro al giorno max. 150 gg.
A.3 Ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico		
Massimale		max. 120 gg.
	diretta	20.000,00 euro
	rimborso	10.000,00 euro
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	100%
A.4 Diaria da convalescenza post ricovero con intervento chirurgico		100,00 euro al giorno max. 20 gg.
A.5 Neonati – Ricovero con intervento chirurgico		entro 1 anno dalla nascita
Massimale		
	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	22.500,00 euro
	Misto	come il rimborso
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	100%
	S.S.N.	100%
B. PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE		
B.1 Alta Specializzazione		da elenco
Massimale		
	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	20.000,00 euro condiviso con Visite specialistiche, Ticket per

Condizioni	diretta rimborso Ticket	accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici 100% max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia 100%
B.2 Visite specialistiche Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato 20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 55,00 euro per visita 100%
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici Massimale		20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici
Condizioni	Ticket	100%
B.4 Accertamenti diagnostici Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato € 20.000,00 condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 36,00 euro per fattura 100%
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (inclusa copertura per parto cesareo) - B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO - 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: • per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione • per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto. - B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE - visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da	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>medici specializzati in ostetricia ginecologia</p> <ul style="list-style-type: none"> - controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale - una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore. 		
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	100%
	<i>Ticket</i>	100%
<p>- B.5.3 Indennità per parto</p> <p>- B.5.4 Contributo per latte artificiale</p>		70,00 euro max. 7 gg. Il contributo è riconosciuto nei primi 6 mesi di vita del neonato (con prescrizione)
Massimale	rimborso	100,00 euro
<p>- B.5.5 Supporto psicologico post parto</p>		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
	<i>Ticket</i>	100%
<p>- B.5.6 Week-end benessere:</p> <ul style="list-style-type: none"> • visita dietologica • incontro nutrizionista • incontro personal trainer • lezione di base all'educazione dell'esercizio fisico • ingresso alle terme (accesso alle piscine) 		Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura)
Massimale	diretta	illimitato
C. FISIOTERAPIA		
<p>C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio</p>		
Massimale	diretta	illimitato
	diretta domiciliare	illimitato
	rimborso/S.S.N.	1.000,00 euro
Condizioni	diretta	100%
	diretta domiciliare	franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	max. 25,00 euro per prestazione
	<i>Ticket</i>	100%
<p>C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento</p>		
Massimale		

Condizioni	diretta	illimitato
	diretta domiciliare	illimitato
	rimborso/S.S.N.	nei massimali previsti per i singoli interventi
	diretta	100%
	diretta domiciliare	franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso	100%
	Ticket	100%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale		
Condizioni	diretta	illimitato
	diretta domiciliare	illimitato
	rimborso/S.S.N.	450,00 euro
	diretta	100%
	diretta domiciliare	franchigia 25,00 euro ad accesso
	rimborso	max. 25,00 euro per prestazione
	Ticket	100%
D. ODONTOIATRIA		
D.1 Cure dentarie		
Massimale		
Condizioni	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	700,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
	diretta	100%
	rimborso	- max. 100,00 euro per Prestazioni ortodontiche - max. 100,00 euro per Cure odontoiatriche (compresa paradontologia) - max. 100,00 euro per Terapie conservative - max. 100,00 euro per Terapie canalari - max. 100,00 euro per Protesi dentarie - max. 100,00 euro per Trattamento topico con fluoruri
	Ticket	100%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		
Massimale		
Condizioni	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	700,00 euro condiviso con Cure Dentarie
	diretta	100%, compreso 1 spazzolino bluetooth a Nucleo se non già ricevuto

	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		Una volta l'anno. Prevista eventuale seconda ablazione nell'arco dello stesso anno qualora il medico ne riscontri la necessità
Massimale		Illimitato
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		Illimitato
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Apparecchi ortodontici per minori		
Massimale		
Condizioni		
	diretta	350,00 euro
	rimborso	150,00 euro
	diretta	Erogazione di un contributo 1 volta ogni 2 anni pari a 250,00 euro per un apparecchio ortodontico per ciascun minore
	rimborso	Erogazione di un contributo 1 volta ogni 2 anni pari a 100,00 euro per un apparecchio ortodontico per ciascun minore
D.6 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascenso 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; Pede 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
Massimale		5.500,00 euro
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	previsto per le seguenti prestazioni - max. 100,00 euro per estrazione dente deciduo in anchilosi - max. 100,00 euro per pede estrazione dente deciduo - max. 100,00 euro per estrazione dente permanente
	Ticket	100%
D.7 Prestazioni odontoiatriche d'urgenza		solo in Assistenza diretta, max. 1 volta all'anno
Massimale		Illimitato

Prestazioni	Visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica; Trattamento di pronto soccorso endodontico manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica; Otturazione/ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato. Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.	
D.8 Implantologia Stand Alone, compresa manutenzione impianti e sostituzione corone Massimale	ad integrazione del massimale degli Interventi chirurgici odontoiatrici	
	diretta	1.100,00 euro
	rimborso	300,00 euro
Condizioni	diretta	max. 400,00 euro per un impianto, 700,00 euro per 2 impianti e 1.100,00 euro in caso di 3 o più impianti
	rimborso	100%

E. PREVENZIONE

PROTOCOLLI ADULTI: i massimali previsti per i Protocolli Adulti sono autonomi e separati rispetto a quelli previsti per il Protocollo Minori. Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni; nell'ambito del Protocollo Minori i relativi massimali sono condivisi tra tutti i componenti minorenni del Nucleo Familiare.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti previsti dalla presente sezione si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione (ovvero copertura al 100%). Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.

E.1 SCREENING GENERICI

E.1.1 Controllo delle allergie e delle intolleranze alimentari Massimale		1 volta ogni 2 anni, da elenco
	diretta	illimitato
E.1.2 Ricerca presenza Helicobacter Pylori Massimale		1 volta ogni 2 anni
	diretta	illimitato

E.2 PREVENZIONE BASE

E.2.1 Prevenzione base Massimale		esami del sangue, delle urine, delle feci, elettrocardiogramma di base e ecotomografia addome superiore (4/5 organi), una volta l'anno
	diretta	illimitato
	rimborso	80,00 euro a pacchetto
E.2.2 Sindrome metabolica Massimale		una volta l'anno/ogni 6 mesi, prestazioni da elenco
	diretta	illimitato
	rimborso	25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)

E.3 PREVENZIONE DONNA

E.3.1 Pacchetto Donna		prestazioni per la prevenzione del tumore al seno, sostegno della menopausa e patologie connesse all'osteoporosi, come da elenco, con periodicità di esecuzione variabile
Massimale	diretta rimborso	illimitato 80,00 euro a pacchetto
E.3.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
E.4 PREVENZIONE UOMO		
E.4.1 Pacchetto Uomo		prestazioni per la prevenzione di patologie cardiovascolari/ urologiche, come da elenco, una volta ogni 2 anni
Massimale	diretta Rimborso	Illimitato 80,00 euro a pacchetto
E.4.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		1 volta ogni 2 anni, da elenco
Massimale	diretta rimborso	illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
E.5 PREVENZIONE MINORI		
E.5.1 Protocollo Minori		da elenco
Massimale	diretta rimborso	illimitato
6 mesi-2 anni non compiuti	Prestazioni	Visita pediatrica Visita otorinolaringoiatrica con test audiometrico
	Condizioni	max. 36,00 euro
2-4 anni non compiuti	Prestazioni	Visita oculistica completa Tonometria Esame del fundus Stereopsi e color test Valutazione ortottica Visita neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) Esami di laboratorio per screening della celiachia, da elenco Biopsia intestinale (se esami di cui alla riga superiore positivi)
	Condizioni	max. 60,00 euro
4-6 anni non compiuti	Prestazioni	Visita neuropsichiatrica (Screening disturbi del

6-8 anni non compiuti	Condizioni	linguaggio e autismo) Visita odontoiatrica e ortodontica, in alternativa alle analoghe prestazioni previste dalla garanzia Odontoiatria Visita oculistica completa Tonometria Esame del fundus Stereopsi e color test Valutazione ortottica max. 80,00 euro (1 spazzolino bluetooth, se già non ricevuto, alla prima visita odontoiatrica/igiene effettuata in assistenza diretta)
	Prestazioni	Visita odontoiatrica e ortodontica, in alternativa alle analoghe prestazioni previste dalla garanzia Odontoiatria Visita oculistica completa Tonometria Esame del fundus Stereopsi e color test
	Condizioni	max. 60,00 euro
8-11 anni non compiuti	Prestazioni	Visita ortopedica Visita endocrinologica
11-18 anni non compiuti	Condizioni	max. 36,00 euro
	Prestazioni	Visita pediatrica Visita ortopedica Visita endocrinologica Analisi del sangue, da elenco
Condizioni	max. 50,00 euro	
E.6 PREVENZIONE TERZIARIA		
E.6.1 Monitoraggio Ipertensione Massimale	diretta rimborso	unica soluzione, 1 volta all'anno, da elenco illimitato 36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Prevenzione Base E.2
E.6.2 Monitoraggio dell'asma e della broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) Massimale	diretta rimborso	1 volta ogni 2 anni, da elenco illimitato 36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Prevenzione Base E.2
E.7 ALTRI CONTROLLI		
E.7.1 Pacchetto prevenzione tumori della pelle		prestazioni da effettuarsi in una unica soluzione, 1 volta ogni 2 anni: visita specialistica dermatologica e epiluminescenza

Massimale	diretta	illimitato
	rimborso	50,00 euro a pacchetto
E.7.2 Pacchetto per prevenzione di patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio e controllo posturale		1 volta l'anno: visita fisiatrica o visita osteopatica
Massimale	diretta	illimitato
	rimborso	50,00 euro a pacchetto
E.7.3 Monitoraggio delle patologie tiroidee		1 volta ogni 2 anni, da elenco
Massimale	diretta	illimitato
	rimborso	50,00 euro a pacchetto

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%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel biennio 2021-2022), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco) 7.000,00 euro
>33% e fino 66%		10.000,00 euro
>66% e fino 100%		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%		
tra 80% e 90%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel biennio 2021-2022), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco) 8.000,00 euro
tra 91% e 100%		10.000,00 euro
F.2 Monitoraggio domiciliare del paziente in uno stato di non autosufficienza (per le prestazioni di cui all'elenco numerato del precedente punto F.1)		
	diretta	Illimitato, prestazioni da elenco
F.3 Servizi di assistenza globale integrata organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne		
Massimale	diretta	5.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital		
Massimale	diretta	da elenco
	rimborso/S.S.N.	5.000,00 euro per evento 2.500,00 euro per evento
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	100%
	Ticket	100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto		
Massimale	diretta	150,00 euro una tantum (una sola volta nel biennio 2021-2022) + contributo aggiuntivo 75,00 euro per rottura lenti e 55,00 euro per furto/smarritamento occhiali o rottura montatura oggetto di indennizzo della copertura
	rimborso	100,00 euro una tantum (una sola volta nel

		biennio 2021-2022) + contributo aggiuntivo 50,00 euro per rottura lenti e 35,00 euro per furto/smarrimento occhiali o rottura montatura oggetto di indennizzo della copertura
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche Massimale	diretta rimborso	700,00 euro 500,00 euro
G.4 Rimborso ticket per acquisto medicinali Massimale	Ticket	120,00 euro con franchigia 10,00 euro a farmaco
G.5 Visita di controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti Massimale	diretta rimborso/S.S.N.	illimitato illimitato
Condizioni	diretta rimborso Ticket	1 volta al mese - eseguibile presso i Centri Autorizzati del Network 1 volta all'anno, massimo 36,00 euro per visita 100%
G.6 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.7 Indennità per le spese sanitarie e assistenziali sostenute per genitore del titolare caponucleo ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale		Il contributo concesso nella misura di 1.000,00 euro annuali innalzati a 1.200,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito ed è valido per un solo genitore, anche nel caso in cui entrambi i genitori fossero ricoverati presso un centro di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) pubblico o privato. Ai fini dell'indennizzo il ricovero in RSA deve essere stato almeno pari a 12 mesi consecutivi.
G.8 Servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica		Quando l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica pediatrica generica e specialistica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo. Nel caso la guardia medica ravvisi condizioni di gravità e urgenza tali da motivare l'attivazione della visita domiciliare, predisporrà l'effettuazione della stessa. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite il servizio di Guardia medica saranno liquidate con l'applicazione di una franchigia di 36,00 euro per ogni visita, che l'Assicurato dovrà versare direttamente al medico specialista.
G.9 Visite psicologiche/psichiatriche Massimale	diretta	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro

Condizioni	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
G.10 Logopedia figli minorenni Massimale		100,00 euro
	diretta	100%
	rimborso	max. 20,00 euro a seduta
	Ticket	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 di maternità o paternità per astensione facoltativa		Indennità giornaliera di 15,00 euro innalzata del 40% in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito per la durata massima di 90 giorni complessivi per anno.
H.2 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%.
H.3 Indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore in LTC temporanea		Indennità per spese fino a 350,00 euro
H.4 Rette Asili Nido		Indennità di 400,00 euro innalzata a 550,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito erogata per l'anno scolastico, a titolo forfettario, a favore del Nucleo Familiare che utilizza per il/i proprio/i figlio/i asilo nido pubblico o privato, legalmente riconosciuto.
H.5 Consulto nutrizionale e dieta personalizzata Massimale	diretta	1 consulto e dieta personalizzata all'anno
	rimborso	illimitato 80,00 euro (di cui 50,00 euro per visita + 30,00 euro per dieta)
H.6 Borse di Studio per i figli del Titolare caponucleo		a) Diploma di istruzione secondaria superiore: 350,00 euro b) Iscrizione, in corso, al secondo anno di università: 500,00 euro Erogazione a titolo forfettario di una borsa di studio a favore dell'aderente i cui figli abbiano raggiunto una delle seguenti condizioni: a) Diploma di istruzione secondaria superiore, con votazione almeno pari a 90/100 b) Iscrizione, in corso, al secondo anno di università, con media almeno pari a 26/30
H.7 Promozione dell'attività sportiva per i figli:		

<p>7.1 Quota Associativa per attività sportiva</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p> <p>7.2 Visita sportiva agonistica/non agonistica</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p>	<p>Garanzia operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.</p> <p style="text-align: right;">120,00 euro</p> <p>Garanzia operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.</p> <p style="text-align: right;">illimitato</p> <p style="text-align: right;">55,00 euro</p>
<p>H.8 Spese per la frequenza di Colonie Estive</p> <p style="text-align: right;">diretta</p> <p style="text-align: right;">rimborso</p>	<p>Garanzia operante solo nel caso in cui non sia stato richiesto il rimborso/liquidazione di alcuna altra prestazione prevista dal piano sanitario in favore del figlio.</p> <p style="text-align: right;">120,00 euro</p> <p style="text-align: right;">75,00 euro</p>

I. CONTO SALUTE

I.1 Piano di risparmio sanitario

Piano costruito con la logica delle polizze sanitarie utilizzate nel sistema sanitario (NSH) nel Regno Unito e note come "cash plan", che consente ai nuclei familiari di accreditare su un proprio conto dedicato i risparmi sanitari derivanti da ciascuna annualità assicurativa per poter disporre di una maggior somma in termini di rimborso quando si verifica uno o più eventi in copertura.

MODALITÀ DI ALIMENTAZIONE DEL CONTO SALUTE:

A) Accumulo di Bonus Salute:

se l'assicurato nel corso del biennio di copertura 2021-2022 effettua annualmente uno dei protocolli destinati alla diagnosi precoce delle Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT - cioè Pacchetto Uomo/Donna, Pacchetto Ipertensione, Pacchetto per Prevenzione Asma e BPCO) alla fine del biennio è accreditato sul suo Conto Salute un importo pari al 25% del premio annuo.

L'importo può essere utilizzato per incrementare nelle annualità successive, fino a raggiungere l'importo di spesa, l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare o per ridurre eventuali quote a carico dell'assicurato (scoperti e franchigie). L'Assicurato può chiedere l'utilizzo integrale o parziale (al 50%) delle somme accantonate nel suo Conto Salute in occasione di ogni richiesta di sinistro effettuato sia in forma diretta che rimborsuale successiva all'accredito.

B) Risparmio Sanitario:

Se il nucleo familiare nel corso dell'annualità non ha ottenuto il rimborso di nessuna prestazione (Sanitaria e Sociale, eccetto la Prevenzione che non rientra nel computo) l'Assicurato può chiedere al Fondo l'accredito sul proprio conto salute del risparmio conseguito nell'annualità nella misura del 10% del premio annuo.

A seguito della richiesta l'importo è tempestivamente accreditato sul suo Conto Salute e può essere utilizzato:

- per incrementare nelle annualità successive, fino a raggiungere l'importo di spesa, l'entità dei rimborsi richiesti dal Nucleo Familiare
- per ridurre eventuali quote a carico dell'Assicurato (scoperti e franchigie)

L'Assicurato può chiedere l'utilizzo integrale o parziale (al 50%) delle somme accantonate nel suo Conto Salute in occasione di ogni richiesta di sinistro effettuato sia in forma diretta che rimborsuale successiva all'accredito.

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

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


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


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





Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute appena possono, per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la domanda di rimborso.
	Assistenza diretta/in convenzione: L'Assicurato può accedere alle prestazioni sanitarie e odontoiatriche del Network reso disponibile da Intesa Sanpaolo RBM Salute dopo aver attivato la Centrale operativa.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto al rimborso e può cessare l'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - rilasciare il VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di autorizzazione completa se le verifiche tecnico-mediche-assicurative hanno avuto esito positivo. L'Assicurato, previa prenotazione, può effettuare la prestazione nella struttura indicata nel VoucherSalute® entro 30 giorni dal rilascio. La prestazione entro 30 giorni è garantita solo per le strutture proposte dalla Centrale operativa. b) Regime rimborsuale - mettere in pagamento il rimborso (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

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

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP
Sospensione	<p>Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione è sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento.</p> <p>Le successive scadenze devono comunque essere rispettate (Art. 1901 del Codice civile). Scaduti i termini, con raccomandata Intesa Sanpaolo RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.</p>

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il Fondo Metasalute potrà esercitare la facoltà di recesso dalla Convenzione al 31.12.2021, nei casi di manifesta e comprovata inadeguatezza degli standard di servizio garantiti dalla Compagnia, alle condizioni e casistiche condivise separatamente tra le Parti.
Risoluzione	La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<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?

All'impresa assicuratrice	<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>
All'IVASS	<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>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<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>La richiesta di mediazione può essere inviata a: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Ufficio Reclami Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)</p> <p>oppure all'indirizzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</p>
Negoziazione assistita	<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>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<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.