

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.



Prodotto: METASALUTE

Ultima release 09/2022

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

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

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

tel. +39 041 2518798

sito internet: www.intesasampaolorbmsalute.com;

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

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

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

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2021

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

Totale delle riserve patrimoniali: 549.279.567,00 euro.

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

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo RBM Salute da:

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

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) terapie medico-chirurgiche con finalità estetica e/o ricostruttiva (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connessi all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato 2) e, con esclusivo riferimento ai piani integrativi, quelli resi necessari da intervento demolitivo per neoplasia maligna, anche effettuati in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza). Sono esclusi gli interventi di simmetrizzazione mammaria
 - 2) interventi e qualsiasi atto chirurgico, prestazioni, terapie o procedure per trattare l'infertilità o la sterilità maschile o femminile accertata e comunque tutti gli atti per la fecondazione artificiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari in materia di procreazione medicale assistita
 - 3) Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
 - 4) trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool, di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni
 - 5) infortuni che derivano dalla pratica sportiva professionale
 - 6) infortuni che derivano dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti
 - 7) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'iscritto
 - 8) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla radioterapia
 - 9) conseguenze di guerra, insurrezioni e di qualsiasi atto di terrorismo
 - 10) conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
 - 11) terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
 - 12) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive
 - 13) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei cd, dei dvd, spese di viaggio
 - 14) iniezioni sclerosanti
 - 15) medicina legale e medicina del lavoro
 - 16) prestazioni di medicina generica comprese, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
 - 17) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
 - 18) ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona
 - 19) prestazioni effettuate in palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico; spese per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi
 - 20) agopuntura, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
 - 21) tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari.
- Si segnala peraltro che a decorrere dal 01/01/2022 non sono più previste dalla presente Convenzione le seguenti prestazioni/garanzie:
- immunonutrizione prima del ricovero;
 - monitoraggio domiciliare pre/post ricovero e lungodegenza;
 - ospedalizzazione domiciliare post ricovero con intervento chirurgico
 - diaria da convalescenza post ricovero con intervento chirurgico
 - neonati – Ricovero per intervento chirurgico
 - indennità per parto (ferma rimanendo la possibilità di richiedere l'indennità per parto cesareo nell'ambito della garanzia A.2 dei soli Piani Sanitari Integrativi da A a F)
 - contributo per latte artificiale

- weekend benessere
- cure e interventi ortodontici
- trattamento topico coi fluoruri
- acquisto di apparecchi ortodontici (per adulti e bambini)
- la seconda igiene orale per gli assicurati maggiorenni e pedodontica consegna di spazzolino bluetooth, bilancia wireless e misuratore BMI, nei casi in cui erano previsti
- prestazioni odontoiatriche d'urgenza
- implantologia stand alone
- screening generici: Controllo delle allergie e delle intolleranze alimentari, Ricerca presenza Helicobacter Pylori, Prevenzione Herpes Zoster e Monitoraggio per lo screening delle apnee ostruttive del sonno (quest'ultimo era previsto solo dal Piano Integrativo F) MOC e indagini di laboratorio specifiche che erano previsti dal Pacchetto Prevenzione Donna per la fascia di età >50 anni
- ecocolordoppler arterioso e venoso degli arti inferiori che era previsto dal Pacchetto C della Prevenzione Donna
- dosaggio PHI che era previsto dal Pacchetto Prevenzione del cancro alla prostata
- prevenzione minori
- prevenzione terziaria (Monitoraggio l'ipertensione, Monitoraggio dell'asma e della broncopneumopatia cronica ostruttiva - BPCO)
- altri controlli (Pacchetto prevenzione tumori della pelle, Pacchetto prevenzione di patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) della colonna, spalla e del ginocchio e controllo posturale e Monitoraggio delle patologie tiroidee)
- monitoraggio domiciliare del paziente in uno stato di non autosufficienza
- servizi di assistenza globale integrata, organizzazioni di servizi, noleggio ausili medico-sanitari a seguito di ricovero chirurgico/medico per neoplasie maligne
- rimborso ticket per acquisto medicinali e garanzia Farmaci (quest'ultima era prevista solo dai Piani Integrativi da A a F)
- controllo per il monitoraggio della malattia, delle complicanze più frequenti e per la prevenzione degli ulteriori aggravamenti
- indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore del titolare caponucleo ricoverato in Residenza Sanitaria Assistenziale
- servizio di Guardia Medica Pediatrica e Visita Domiciliare Pediatrica
- promozione dell'attività sportiva
- spese per la frequenza di Colonie Estive
- indennità di maternità o paternità per astensione facoltativa
- indennità per le spese sanitarie ed assistenziali sostenute per genitore in LTC temporanea
- rette Asili Nido
- consulto nutrizionale e dieta personalizzata
- borse di Studio per i figli del Titolare caponucleo
- conto Salute

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

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

24) ricoveri impropri

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

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

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

Per i **ricoveri** correlati a patologia pneumologica e cardiologica, il riferimento al Covid-19 deve essere reperito in cartella clinica. In assistenza diretta, il voucher riporterà una dicitura di autorizzazione condizionata alla verifica della cartella clinica. Laddove la cartella clinica 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 Sanitario Integrativo D. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

PIANO INTEGRATIVO D

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

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE A SEGUITO DI INTERVENTO CHIRURGICO (estese a TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle 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 (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)

Massimale

diretta

con eccezione di quelli previsti dai § D e G

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 8.000,00 euro per interventi non ricompresi nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"
Sub-massimale intervento ricostruttivo post mastectomia	4.000,00 euro una tantum a triennio (2021-2023) per evento a mammella
Condizioni	
Diretta	Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato
Rimborso	Scoperto 15% per interventi rientranti nell'allegato "Elenco Grandi Interventi chirurgici"; scoperto 30% in caso di interventi che non rientrano nell'allegato
Ticket	100%
Pre/Post	gg. illimitati
Trasporto di primo soccorso	Scoperto 15%
Retta di degenza dell'accompagnatore	Scoperto 30%
A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) (TUTTI gli interventi chirurgici, con eccezione di quelli previsti dai § D e G delle CDA)	100,00 euro al giorno max. 150 gg.
A.3 Diaria da gesso	
Massimale	illimitato
Condizioni	25,00 euro al giorno per ogni giorno di applicazione, max. 60 gg.
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 accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	
diretta	Scoperto 30%
rimborso	esami di alta diagnostica radiologica max. 75,00 euro per accertamento accertamenti alta specializzazione e terapie max. 55,00 euro per accertamento/ciclo di terapia
Ticket	Scoperto 30%
B.2 Visite specialistiche	
Massimale	
diretta	illimitato
rimborso/S.S.N.	20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Ticket per accertamenti diagnostici e Accertamenti diagnostici
Condizioni	
diretta	Scoperto 30%
rimborso	max. 55,00 euro per visita
Ticket	Scoperto 30%
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici	
Massimale	20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Accertamenti diagnostici

Condizioni		
	Ticket	Scoperto 30%
B.4 Accertamenti diagnostici		
Massimale		
	diretta	Illimitato
	rimborso/S.S.N.	20.000,00 euro condiviso con Alta Specializzazione, Visite specialistiche e Ticket per accertamenti diagnostici
Condizioni		
	diretta	Scoperto 30%
	rimborso	max. 36,00 euro per fattura
	Ticket	Scoperto del 30%
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ (l'indennità sostitutiva da parto cesareo rientra nel § A.2)		
- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO		Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
- 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.		
- amniocentesi o villocentesi:		
• per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione		
• per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.		
- B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE		
- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia		
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale		
- una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.		
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	100%
	Ticket	100%
- B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale		

Condizioni	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato Illimitato
	diretta rimborso Ticket	100% max. 36,00 euro per visita 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
Condizioni	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
	diretta diretta domiciliare rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 36,00 euro per prestazione 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
Condizioni	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
	diretta diretta domiciliare	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso
	rimborso Ticket	Scoperto 30% 100%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale	diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
Condizioni	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
	diretta diretta domiciliare rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 36,00 euro per prestazione 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	

Massimale		3.500,00 euro
Condizioni	diretta rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e igiene orale Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
	diretta rimborso	Scoperto 35%
	Ticket	Scoperto 25%
		100%
D.2 Visita odontoiatrica e igiene orale		
Massimale		illimitato
Condizioni	diretta rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure dentarie
	diretta rimborso	100%
	Ticket	Scoperto 25%, max. 75,00 euro anno/persona
		100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione tartaro		
Massimale		Una volta l'anno
Condizioni		Illimitato
	diretta rimborso	100%
	Ticket	max. 120,00 euro anno/persona
		100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		illimitato
Condizioni	diretta rimborso	100%
	Ticket	max. 60,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
		100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		
		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; 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

<p>Massimale Condizioni</p>	<p>permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico. L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p> <p>3.500,00 euro</p> <p>diretta Ticket Scoperto 35% 100%</p>
E. PREVENZIONE	
<p>Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione 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, previa richiesta di emissione del Voucher Salute®, avrà diritto ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri autorizzati per l'esecuzione della prevenzione. Tale agevolazione non si applica a chi è all'estero.</p>	
E.1 PREVENZIONE BASE	
<p>E.1.1 Prevenzione base</p> <p>Massimale Condizioni</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, ecotomografia addome superiore (4/5 organi), come da elenco. Una volta l'anno per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare. Fa eccezione l'esame per la ricerca del sangue occulto nelle feci, che è una volta ogni due anni; chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023).</p> <p>diretta rimborso Illimitato 80,00 euro a pacchetto</p> <p>diretta rimborso Scoperto 20% Scoperto 20%</p>
<p>E.1.2 Sindrome metabolica</p> <p>Massimale</p>	<p>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.</p> <p>Una volta l'anno/ogni 6 mesi, prestazioni da elenco</p>

<p>Condizioni</p> <p>diretta rimborso</p> <p>diretta rimborso</p>	<p>Illimitato</p> <p>25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)</p> <p>Scoperto 20%</p> <p>Scoperto 20%</p>
E.2 PREVENZIONE DONNA	
<p>E.2.1 Pacchetto Donna</p>	<p>Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)</p> <p>Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)</p> <p>Donne – tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita senologica • Mammografia <p>Donne – oltre i 50 anni Mammografia</p> <p>Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale</p> <p>Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2021-2023).</p>
<p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>diretta rimborso</p> <p>diretta rimborso</p>	<p>Illimitato</p> <p>80,00 euro a pacchetto</p> <p>Scoperto 20%</p> <p>Scoperto 20%</p>
<p>E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne – tra 30 e 39 anni)</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p>diretta rimborso</p> <p>diretta rimborso</p>	<p>1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2021 potrà effettuarla nel 2023)</p> <p>Illimitato</p> <p>50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna</p> <p>Scoperto 20%</p> <p>Scoperto 20%</p>
E.3 PREVENZIONE UOMO	
<p>E.3.1 Pacchetto Uomo</p>	<p>Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2</p>

		<p>anni, dall'Assicurato o da un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse effettuato nel 2021 potrà richiederlo nel 2023).</p> <p>Uomo – oltre i 21 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita cardiologica - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) <p>Uomo – oltre i 50 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo <p>Uomo – senza limite di età</p> <ul style="list-style-type: none"> - visita urologica - ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale		
Condizioni	<p>Diretta Rimborso</p> <p>diretta rimborso</p>	<p>Illimitato</p> <p>80,00 euro a pacchetto</p> <p>Scoperto 20%</p> <p>Scoperto 20%</p>
		<p>1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2021 potrà eseguirlo nel 2023), da elenco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • PSA FREE: • 2 PRO PSA
Massimale		
Condizioni	<p>Diretta Rimborso</p> <p>diretta rimborso</p>	<p>Illimitato</p> <p>50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo</p> <p>Scoperto 20%</p> <p>Scoperto 20%</p>
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 dell'INAIL		
tra 24% e 33%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
>33% e fino 66%		7.000,00 euro
>66% e fino 100%		10.000,00 euro
		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore al 80%		
tra 80% e 90%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2021-2023), in Assistenza diretta (da elenco)/rimborso (da elenco)
tra 91% e 100%		8.000,00 euro
		10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in Day-Surgery o Day Hospital		
Massimale		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	5.000,00 euro per evento

Condizioni	rimborso/S.S.N.	2.500,00 euro per evento
	diretta	Scoperto 30%
	rimborso	Scoperto 30%
	Ticket	100%
G.2 Lenti correttive di occhiali (comprese le montature) o a contatto		
Massimale	diretta/rimborso	80,00 euro una tantum (una sola volta nel triennio 2021-2023) a Nucleo Familiare
G.3 Procreazione medicalmente assistita (PMA)- tutte le tecniche		
Massimale	diretta	700,00 euro
	rimborso	500,00 euro
G.4 Trisomia 21-sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.5 Visite psicologiche/psichiatriche		
Massimale	diretta	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia 350,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
G.6 Logopedia figli minorenni		
Massimale	diretta	100,00 euro
	rimborso	100%
	Ticket	max. 20,00 euro a seduta 100%
G.7 Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)		
G.7.1 Bambini (0-11 non compiuti)- Visite ed accertamenti diagnostici		
Massimale	diretta	10.000,00 euro anno/figli
	rimborso	100%
	Ticket	max. 36,00 euro per visita e per fattura 100%
G.7.2 Bambini (0-11 non compiuti)- Esami di laboratorio		
Massimale	diretta	5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura
	rimborso	100%
	Ticket	max. 36,00 euro a fattura 100%
G.7.3 Adolescenti (11-18 non compiuti)- Visite ed accertamenti diagnostici		
		max 2 visite psichiatriche e max 2 visite psicologiche all'anno

Massimale		10.000,00 euro anno/figli
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita e per fattura
	Ticket	100%
G.7.4 Adolescenti (11-18 non compiuti)- Esami di laboratorio		
Massimale		5.000,00 euro anno/figli per un importo massimo pari al costo del ticket a fattura
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro a fattura
	Ticket	100%
G.8 Protesi/Ausili medici ortopedici e acustici		
Massimale		550,00 euro
	rimborso	max. 100,00 euro a protesi, ortesi, presidio e ausilio
G.9 Cure termali		
Cure inalatorie (inalazione, aerosol orale o nasale, aerosol ionico o sonico, irrigazione nasale, doccia nasale micronizzata, nebulizzazione)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 35,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	Ticket	100%
Cure otorinolaringoiatriche (Insufflazioni endotimpaniche, Politzer crenoterapico)		
Massimale		illimitato
	diretta	50% del costo del ciclo; 1 volta l'anno
	rimborso	max. 45,00 euro a ciclo; 1 volta l'anno
	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 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, second opinion internazionale, tutoring, consegna Esiti al Domicilio, invio medicinali al domicilio, collaboratore familiare, spesa a domicilio, servizio prenotazione taxi, organizzazione trasporto ambulanza, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio, consultazione on line-home insurance.		
*I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.		

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: l'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute appena possono, per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la domanda di rimborso.
	Assistenza diretta/in convenzione: l'Assicurato può accedere alle prestazioni sanitarie e odontoiatriche del Network reso disponibile da Intesa Sanpaolo RBM Salute dopo aver attivato la Centrale operativa.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in 1 anno dalle singole scadenze (Art. 2952 del Codice civile). Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in 2 anni dal giorno del sinistro.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto al rimborso e può cessare l'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	<p>Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a:</p> <p>a) Regime di assistenza diretta</p> <p>- 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 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 del rimborso (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.</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	<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).</p> <p>Scaduti i termini, con raccomandata Intesa Sanpaolo RBM Salute può sciogliere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.</p>
--------------------	---

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

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<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.

	<p>associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità</p> <ul style="list-style-type: none"> - numero di pratica - esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.</p> <p>Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione.</p>
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<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 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.