

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A. – Direzione Generale in Italia – Impresa iscritta al numero 1.00161 dell’Albo delle imprese di Assicurazione

Prodotto: Metasalute Convenzione 100895 – MS2

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni ospedaliere, extraospedaliere, fisioterapiche, di prevenzione, odontoiatriche e altre garanzie.



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo RBM Salute dà:

- ✓ Spese mediche in caso di ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico
- ✓ Indennità sostitutiva per intervento chirurgico: Intesa Sanpaolo RBM Salute corrisponde un’indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero con intervento chirurgico
- ✓ Alta specializzazione, visite specialistiche, ticket per accertamenti diagnostici e accertamenti diagnostici: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di alta specializzazione, visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- ✓ Pacchetto maternità: Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio, visite di controllo ostetrico ginecologiche in gravidanza, supporto psicologico post parto
- ✓ Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria
- ✓ Odontoiatria: Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al pagamento delle spese per determinate curie dentarie
- ✓ Prevenzione: sono riconosciute un elenco di prestazioni a scopo preventivo
- ✓ Invalidità permanente da malattia o infortunio: Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificate INAIL o invalidità permanente per patologia certificata INPS
- ✓ Procreazione medica assistita: La presente garanzia prevede la copertura delle spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA)
- ✓ Prestazioni per obesità infantile e adolescenziale per disturbi alimentari (anoressia e/o bulimia)
- ✓ Protesi: rimborso delle spese per acquistare protesi ortopediche e apparecchi acustici
- ✓ Cure termali
- ✓ Servizi aggiuntivi: 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.

La copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Nessun limite di età per gli Assicurati, con eccezione
 - dei figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) che rientrano nel “Nucleo familiare a carico” sino al compimento del 26° anno di età (salvo il caso di figli con disabilità come definiti nella definizione di “Nucleo Familiare a carico”)
 - dei figli fiscalmente a carico che possono rientrare nel “Nucleo familiare non a carico” solo a decorrere dal giorno successivo al compimento del 26mo anno di età.
- ✗ Si segnala inoltre la presenza di una serie di casi in cui la copertura assicurativa non opera. Sono ad esempio esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di alcuni sport (tra cui corse automobilistiche) e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti, nonché le malattie conseguenti all’abuso di alcool, di psicofarmaci e all’uso di stupefacenti o allucinogeni. Sono altresì escluse le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui le iniezioni sclerosanti) oppure dovute a cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza. Si ribadisce che tale descrizione dei rischi esclusi è di tipo meramente sintetico e non comprende tutte le casistiche di esclusione previste dalla polizza.
- ✗ Sono escluse le conseguenze dirette o indirette di pandemie



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura prevede franchigie e scoperti specifici per garanzia, che possono causare la riduzione o il mancato pagamento dell’indennizzo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Vale per il Mondo intero. I danni sono liquidati in Italia, in euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi sono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.



Che obblighi ho?

- L'Assicurato deve rendere dichiarazioni precise, complete e non reticenti sul rischio da assicurare e nel corso del contratto deve comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Se non rispetta questi obblighi, può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e l'assicurazione può cessare
- L'Assicurato o i suoi aventi diritto devono denunciare il Sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena possono. Se questo obbligo non è rispettato, si può perdere del tutto o in parte il diritto al rimborso delle spese
- Se l'Assicurato è rimborsato da Fondi o Enti deve inviare la documentazione di liquidazione di tali Enti insieme alle fotocopie delle relative fatture
- Per ottenere la liquidazione dei sinistri, è necessario presentare la documentazione medica completa di diagnosi intestata all'Assicurato
- In caso di infortunio, se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, l'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il nome e il recapito del terzo responsabile e inviare il referto del Pronto Soccorso
- In caso di incidente stradale, quando fa la prima richiesta di rimborso per le conseguenti prestazioni sanitarie, l'Assicurato deve inviare a Intesa Sanpaolo RBM Salute il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole)
- Se l'Assicurato vuole utilizzare una struttura convenzionata, o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato deve sempre usare il regime di assistenza diretta.



Quando e come devo pagare?

- Il premio è annuo e indivisibile, è frazionato nel suo valore in dodici mensilità, è pagato su base mensile alle scadenze per ciascun lavoratore iscritto.
- Il premio aggiuntivo relativo ai componenti del Nucleo familiare non fiscalmente a carico è sempre annuale. Il versamento dei premi avviene con cadenza mensile posticipata entro il giorno 20 del terzo mese successivo al mese di riferimento.
- Le somme assicurate e i premi non sono indicizzati. Il premio comprende l'imposta.
- Il premio è versato dal Contraente a Intesa Sanpaolo RBM Salute con bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura dura 3 anni; decorre dalle ore 00.00 del 01/01/2024, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti dalle ore 00 del giorno dopo il pagamento; scade alle ore 24.00 del 31/12/2026.
- Non è previsto il tacito rinnovo.
- La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).



Come posso disdire la polizza?

- Non essendo previsto il tacito rinnovo, il Contraente non ha facoltà di disdetta.