

Per rendere più chiare le Condizioni di assicurazione sono stati utilizzati questi strumenti:

Grassetto: parole e concetti di particolare rilievo

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

Box blu: esempi

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione, dipendenti iscritti al Fondo mètaSalute, residenti in Italia o transfrontalieri residenti all'estero ma domiciliati presso l'azienda con sede in Italia.

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

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

Cassa/Fondo: Fondo mètaSalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584; ha finalità assistenziale ed è abilitata¹ a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

CDA: Condizioni di assicurazione.

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

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

Contraente: Fondo mètaSalute, che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo ricovero
Data evento: data del ricovero

Indennità: una somma forfettaria giornaliera.

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

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate.

¹ Art 51 del D.P.R. n. 917/1986.

Intervento chirurgico: atto medico, con una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato con la cruentazione dei tessuti oppure utilizzando sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.

Lungodegenza: ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

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

Massimale: importo massimo riconosciuto per singola garanzia.

Polizza: contratto di assicurazione.

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

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

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la responsabilità genitoriale o la tutela

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

Ricovero: degenza in

- struttura ospedaliera del S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale)
 - struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
 - struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)
- documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Ricovero improprio: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

Sindrome influenzale di natura pandemica: sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile.
Si riportano degli esempi: SARS-Cov, Sars-Cov2, Mers-Cov, CoViD-19.

Sinistro: evento dannoso per cui è prestata l'assicurazione.

S.S.N. (Servizio Sanitario Nazionale): servizio sanitario erogato dallo Stato Italiano.

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

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

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

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

Mail: info@intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2019³

Patrimonio netto: € 306.026.694,00

di cui

- capitale sociale: € 160.000.000,00

- totale delle riserve patrimoniali: € 100.873.413,00

Indice di solvibilità⁴: 175% (185% al netto dell'add on di capitale)

Art. 3. Carenza contrattuale

Non prevista.

Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 5. Diritto di recesso

Il Contraente non può recedere dal contratto.

Art. 6. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze⁵.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2021, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2022.

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

² G.U. 255 del 2 novembre 2007.

³ I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

⁴ L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

⁵ Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

Art. 7. Reclami

7.1 Come fare reclamo

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute a scelta:

- compilando il modulo on line (<https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html>),
- per posta ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)
- per fax: 0110932609
- per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com
- a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com.

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- 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.

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi.

Liti transfrontaliere

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

7.2 Risposte al reclamo

Intesa Sanpaolo RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
fax: 06.42133206
pec: ivass@pec.ivass.it
informazioni su www.ivass.it
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria⁶ per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

⁶ D. Lgs. 28/2010.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Cosa si assicura

In caso di Sindromi influenzali di natura pandemica mentre l'Assicurazione è operativa, Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga le seguenti indennità:

- da ricovero
- post ricovero in terapia intensiva

Somme erogabili, limiti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie, differenziate per opzione.

Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione⁷.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a Intesa Sanpaolo RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati, elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, Intesa Sanpaolo RBM Salute non è tenuta a pagare l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁸. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, Intesa Sanpaolo RBM Salute rinuncia ad avvalersi del diritto di regresso previsto dalla normativa di riferimento⁹.

Art. 11. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

11.1 Decorrenza

L'assicurazione dura 1 anno, con scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2021, con effetto:

- dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2021, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento.

11.2. Premio

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno ed è indivisibile; il frazionamento del premio è mensile

È versato dal Contraente a Intesa Sanpaolo RBM Salute con bonifico bancario, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza.

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.

⁷ Articoli 1892 "Dichiarazioni inesatte e reticenze con dolo o colpa grave", 1893 "Dichiarazioni inesatte e reticenze senza dolo o colpa grave" e 1894 "Assicurazione in nome o per conto di terzi" del Codice civile.

⁸ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

⁹ Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

Le successive scadenze devono comunque essere rispettate¹⁰.

Scaduti i termini, con raccomandata Intesa Sanpaolo RBM Salute può risolvere il contratto e ha comunque diritto a esigere i premi scaduti.

11.3 Anagrafica

Le anagrafiche devono pervenire a Intesa Sanpaolo RBM Salute tramite tracciato informatico concordato.

Anagrafica **provvisoria**: alla sottoscrizione della polizza.

Anagrafica **definitiva**: entro la fine del mese di decorrenza.

Art. 12. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

12.1 Nuove iscrizioni al Fondo mètaSalute

La copertura per il dipendente iscritto al Fondo mètaSalute decorre:

- **se la data di inizio copertura è comunicata dal Fondo a Intesa Sanpaolo RBM Salute entro 30 gg dalla data richiesta**: dal giorno indicato di inizio copertura
- **se la data di inizio copertura è comunicata dal Fondo a Intesa Sanpaolo RBM Salute dopo i 30 giorni**: dalle 00:00 del giorno dopo la comunicazione.

Inclusioni nel primo semestre: è dovuto il 100% del premio annuo imponibile, per l'intero periodo di copertura.

Inclusioni nel secondo semestre: è dovuto il 70% del premio annuo imponibile, per l'intero periodo di copertura.

12.2 Esclusioni di Assicurati in corso d'anno

La copertura opera fino alla scadenza della polizza.

12.3 Regolazione premio

Oltre a quanto previsto all'art. 11.3 "Anagrafica":

- **entro 30 giorni dalla** ricezione dell'anagrafica definitiva, si procede alla regolazione contabile del premio dovuto alla data di decorrenza
- **entro 15 giorni** prima della scadenza delle singole quietanze delle rate di premio, si consegna la regolazione contabile del premio a seguito delle inclusioni e dei passaggi del periodo di copertura trascorso.

Il premio relativo alla regolazione deve essere versato entro 30 giorni dal ricevimento del documento.

Se aumentano gli assicurati, il Contraente deve pagare la rata aumentata in base allo stato del rischio comunicato.

12.4 Categorie assicurate

L'assicurazione è prestata a favore dei seguenti dipendenti iscritti al Fondo mètaSalute, residenti in Italia o transfrontalieri residenti all'estero ma domiciliati presso l'azienda con sede in Italia e non rientranti tra le persone non assicurabili di cui al successivo art. 25:

- i dipendenti delle aziende che applicano il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti
- i dipendenti delle aziende che applicano il CCNL del settore orafo, argentiero e della gioielleria
- i lavoratori a cui si applicano contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle stesse organizzazioni sindacali stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti previo accordo, per ciascun settore, tra le citate OOSS dei lavoratori e le rispettive

¹⁰ Art. 1901 "Mancato pagamento del premio" del Codice civile.

organizzazioni imprenditoriali;

- i dipendenti delle parti stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti anche se distaccati in base alla legge n. 300 del 1970;
- dipendenti delle imprese che già dispongono di forme di sanità integrativa sulla base di specifici accordi.

La copertura opera anche nel caso in cui l'Assicurato si trovi, per qualsiasi ragione, all'estero. In tale ipotesi, le condizioni di indennizzo operano quando l'Assicurato venga ricoverato in struttura del servizio sanitario pubblico locale ove presente.

Devono aderire tutti gli appartenenti alla stessa categoria di lavoratori.

Art. 13. Estensione Territoriale

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

Art. 14. Forma delle comunicazioni

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

Art. 15. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione
- b) Informativa Privacy (allegato 1)

Art. 16. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
 - modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale
 - trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso
- entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, Intesa Sanpaolo RBM Salute consegna al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 17. Assicurazione per conto altrui

Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato¹¹.

Art. 18. Regime fiscale

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato da Intesa Sanpaolo RBM Salute.

Art. 19. Foro Competente

Per le controversie

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria di Roma (RM)
- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

¹¹ Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

Art. 20. Controversie: mediazione

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente¹².

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

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art. 21. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

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

Sezione II

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 22. Descrizione delle prestazioni Assicurate

In caso di Sindromi influenzali di natura pandemica mentre l'Assicurazione è operativa, Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga le seguenti indennità:

- da ricovero
- post ricovero in terapia intensiva

Somme erogabili, limiti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie, differenziate per opzione.

1. Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di ricovero dell'Assicurato, con o senza intervento chirurgico, presso

- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per l'accertamento o la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida un'indennità di 30 euro per ciascun giorno di ricovero fino a massimo 30 giorni (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura). Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida l'indennità *una tantum* (una volta sola) nel corso della presente copertura assicurativa.

Il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

L'indennità non è riconosciuta per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il ricovero nella stessa struttura ospedaliera del S.S.N.

Esempio:

Ricovero in struttura ospedaliera del S.S.N. per 10 giorni

Indennizzo € 270,00



¹² D. Lgs. 28/2010, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

2. Indennità post ricovero in terapia intensiva per la cura di Sindromi influenzali di natura pandemica

In caso di ricovero in terapia intensiva dell'Assicurato presso



- struttura ospedaliera del S.S.N.
- struttura accreditata o convenzionata con il S.S.N.
- struttura appositamente autorizzata dalle ordinanze governative (ad. es. ospedali privati, militari e da campo)

per la cura di Sindromi Influenzali di natura pandemica, Intesa Sanpaolo RBM Salute liquida un'indennità una tantum di 1.000,00 euro (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

Se il ricovero nelle predette strutture è avvenuto in un reparto di terapia sub intensiva o reparto assimilabile attrezzato con letti medicali ventilati e caschi respiratori, l'indennità è ridotta a 500,00 euro una tantum (corrisposta ad avvenute dimissioni dalla struttura).

In caso di morte dell'Assicurato avvenuta durante il ricovero in reparto di terapia intensiva o sub intensiva e prima delle dimissioni, Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga agli eredi un importo complessivo di 1.000,00 euro per le spese funerarie; l'indennità non è richiedibile per la garanzia "Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica".

CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

Art. 23. Patologie pregresse

Non sono esclusi dalla copertura i sinistri indennizzabili dalla polizza nel caso di Assicurati che avessero malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici antecedenti alla decorrenza dell'assicurazione.

Art. 24. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) conseguenze di guerre, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o atti violenti con movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, atti di terrorismo
- 2) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico
- 3) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 4) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di malattie non indennizzabili ai sensi di polizza o relative a persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV
- 5) ricoveri in lungodegenza
- 6) ricoveri impropri
- 7) cure non previste dai protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità
- 8) sinistri occorsi nell'ambito della partecipazione ad attività svolte quale membro della Protezione civile.

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 25. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

25.1 Oneri

Denuncia

L'Assicurato deve denunciare il sinistro a Intesa Sanpaolo RBM Salute non appena può.

Se non lo fa, può perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo¹³.

Se nella denuncia mancano elementi essenziali, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

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

- garanzia non prevista
- mancanza completa di documentazione
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di indennità da parte dell'Assicurato

Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di indennità se la documentazione giustificativa è incompleta.

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

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere: quella del ricovero

Lingua della documentazione

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

Visite di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da Intesa Sanpaolo RBM Salute e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi.

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare Intesa Sanpaolo RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere l'indennizzo della sola indennità dovuta per le spese funerarie post ricovero in terapia intensiva o sub intensiva dell'Assicurato, non avendo diritto a richiedere altre prestazioni oggetto della presente polizza; l'indennità non è richiedibile né per la garanzia "Indennità in caso di ricovero per accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica".

In questo caso, è necessario presentare, oltre alla **copia della cartella clinica completa**, altri documenti quali:

¹³ Art. 1915 del Codice civile.

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

Imposte e oneri amministrativi

Sono carico dell'Assicurato:

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

25.2 Procedura di accesso alle prestazioni

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea**, **b) on line**. In entrambi i casi, la documentazione deve essere intestata all'Assicurato e l'indennizzo è fatto a suo favore.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, Intesa Sanpaolo RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a mettere in pagamento l'indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di indennizzo completa della documentazione giustificativa medica necessaria.

a) Richiesta di indennizzo cartacea

Per ottenere l'indennizzo, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato deve compilare il **Modulo di richiesta di indennizzo** (<http://www.fondometasalute.it/site/documenti-moduli/moduli>) e allegare in fotocopia:

1. **copia della scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.)**; nel caso in cui la S.D.O. non contenga le informazioni necessarie alla corretta istruttoria del sinistro, Intesa Sanpaolo RBM Salute richiede all'Assicurato di trasmettere **copia della cartella clinica completa**.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

**INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
(riferimento: Fondo Sanitario mètaSalute)
c/o PREVIMEDICAL S.p.A. - Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde**

b) Richiesta di indennizzo on line

In alternativa alla procedura di indennizzo cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica:

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

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che Intesa Sanpaolo RBM Salute considera equivalente all'originale. Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale. Chi non ha un accesso a internet, può presentare domanda di indennizzo cartacea.

Sezione III

1) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

È a disposizione il servizio "Segui la tua pratica", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione **sullo stato della propria pratica con l'invio di SMS**.

L'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di indennizzo.

Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di indennizzo
- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di indennizzo
- c) eventuale rifiuto della domanda di indennizzo.

2) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Sul sito internet

Area riservata – CDA. Visualizzare le CDA (Area riservata – Condizioni di assicurazione, presente nella sezione "Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi" inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri).

Web (<http://www.fondometasalute.it>)

Area riservata – Sinistri. Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Inviare le richieste di indennizzo ("Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi")
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche.

App mobile mètasalute

Con l'app mobile, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti da contattare
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli¹⁴:

Art. 11 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

Art. 12 - Variazione delle persone assicurate – Regolazione del Premio

Art. 14 - Forma delle comunicazioni

Art. 19 - Foro competente

Art. 24 - Persone non assicurabili

Art. 25 - Oneri in caso di Sinistro e procedura di accesso alle prestazioni

¹⁴ Art. 1341 del Codice civile.