

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: CASPOP SUPER

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.intesasnpaolorbmsalute.com

e-mail: info@intesasnpaolorbmsalute.com; pec: comunicazioni@pec.intesasnpaolorbmsalute.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.intesasnpaolorbmsalute.it (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?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP; l'ampiezza dell'impegno della Società è rapportata ai massimali ed alle somme assicurate concordate con il contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

1. i ricoveri per intervento di correzione o di eliminazione della miopia, salvo quanto previsto al punto Miopia;
2. esami, accertamenti diagnostici odontoiatrici ed ortodontici, cure dentarie, protesi dentarie, cura delle paradontopatie, cure ed interventi di ortodonzia e per disodontiasi, salvo quanto previsto al punto "Cure dentarie";
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni);
4. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza;

	<p>Si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.</p> <p>5. le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> abuso di alcolici; uso di allucinogeni; uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti; <p>6. l'aborto volontario non terapeutico;</p> <p>7. la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio;</p> <p>8. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita;</p> <p>9. gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose</p> <p>10. visite odontoiatriche ed ortodontiche non conseguenti ad infortunio, trattamenti e visite psicologiche, visite pediatriche di controllo, le visite medico-legali;</p> <p>11. check-up clinici;</p> <p>12. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;</p> <p>13. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente/Assicurato è esonerato dal dichiarare alla Società l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso della Società.


Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse opzioni. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.


Opzione	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A) Ricovero con/senza intervento, Day Hospital, intervento ambulatoriale, Interventi chirurgici Odontoiatrici	
Massimale	€ 200.000,00
Massimale Grandi Interventi	raddoppio del massimale Ricoveri
Condizioni:	
- diretta	
• Strutture ordinarie	scoperto 5%
• Strutture "TOP" (allegato 3)	scoperto 30%
• Ospedale San Raffaele	scoperto 25%
- rimborso	
• Strutture ordinarie	scoperto 20% minimo € 800,00
• Strutture "TOP" (allegato 3)	scoperto 30% minimo € 800,00
• Ospedale San Raffaele	scoperto 25% minimo € 800,00

	Limite retta di degenza	
	- diretta	al 100%
	- rimborso	limite € 360,00 al giorno + 30% dell'eccedenza
	Accompagnatore	<i>escluso per DH</i>
	- diretta	al 100%
	- rimborso	€ 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni
	Assistenza infermieristica privata individuale	<i>escluso per DH, Int. Ambulatoriale, Parto/Aborto € 50,00 al giorno per un massimo di 100 giorni</i>
	Pre/post (*)	120 / 120 giorni (in caso di Trapianto 180 / 180 giorni) <i>Post escluse per DH senza intervento</i>
	Trasporto sanitario	<i>escluso per DH senza intervento - € 1.500 per ricovero</i>
	Sub massimali (*)	
	- Interventi Ambulatoriali	€ 4.000,00 (<u>non sono previsti scoperti/franchigie</u>)
	- Correzione Miopia	€ 1.200,00 per occhio
	- Parto Cesareo	€ 7.000,00
	- Parto Naturale ed Aborto terapeutico	€ 4.000,00
	Rimpatrio Salma	entro il massimale A - Ricoveri
	Indennità sostitutiva	€ 80,00 al giorno massimo 200 giorni Anno/Persona
	Pre/post	in alternativa all'indennità: 120 / 120 giorni
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE		
	B) Alta Specializzazione	
	Massimale	€ 8.500,00
	Condizioni:	
	- diretta	franchigia fissa € 35,00 per prestazione/fattura
	- rimborso	scoperto 30% minimo € 60,00 per patologia o infortunio
	Ticket	al 100%
	C) Visite specialistiche, accertamenti diagnostici, cure e terapie	visite omeopatiche ed i cicli di terapia omeopatica (compresi i medicinali) <i>SOLO in forma rimborsuale</i>
	1) Visite Specialistiche / Accertamenti Diagnostici	
	Massimale	entro il massimale di B-Alta Specializzazione
	Condizioni:	
	- diretta	franchigia fissa € 35,00 per prestazione/fattura

	- rimborso	scoperto 30% minimo € 60,00 per fattura (minimo applicato una sola volta per i cicli di terapia omeopatica relativi ad una medesima patologia/infortunio)
Ticket		al 100%
D) Medicinali		
Massimale		entro il massimale di B-Alta Specializzazione
Condizioni:		franchigia fissa € 18,00 per confezione
E) Cure oncologiche		
Massimale		€ 30.000,00
Condizioni:		al 100%
F) Amniocentesi e Villocentesi		
Massimale		entro il massimale di B-Alta Specializzazione
Condizioni:		come garanzia B-Alta Specializzazione
G) Lenti/ montature		
Massimale		€ 250,00
Condizioni:		al 100%
H) Protesi ortopediche/acustiche		
Massimale		€ 2.000,00
Condizioni		scoperto 20% minimo € 100,00 per fattura
I) Prestazioni di Pronto Soccorso		
Massimale		€ 1.000,00
Condizioni:		al 100%
J) Psicomotricità		
Massimale		€ 500,00
Condizioni:		al 100%
K) Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi		
Massimale		sub-massimale € 1.500,00 entro il massimale di B-Alta Specializzazione
Condizioni:		
- diretta		scoperto 10% minimo € 50,00 per ciclo di cure
- rimborso		scoperto 30% minimo € 150,00 per ciclo di cure
Ticket		al 100%
L) Cure dentarie da Infortunio		

Massimale	entro il massimale di B-Alta Specializzazione
Condizioni:	come garanzia B-Alta Specializzazione
M) Cure dentarie da Malattia	
Massimale	€ 500,00
Condizioni:	franchigia di € 150,00, per evento
COMFORTSALUTE®	Previsto
(*) : le condizioni di ricovero si applicano anche alle prestazioni con sub massimali, salvo quanto espressamente indicato. Per l'intervento ambulatoriale le spese pre/post verranno liquidate senza l'applicazione di scoperti/franchigie nei limiti previsti.	

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità, comunicandolo alla Società per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la richiesta di indennizzo.
	Assistenza diretta/in convenzione: L'Assicurato ha la facoltà di accedere, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie ed odontoiatriche erogate dalle strutture appartenenti al Network reso disponibile dalla Società.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - garantire la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta entro 24 ore dal giorno della richiesta. b) Regime rimborsuale - mettere in pagamento l'indennizzo all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di rimborso completa di tutta la documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, dovrà essere corrisposto con frazionamento mensile anticipato. Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati. I premi sono comprensivi di imposta. Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società alla quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario.
Rimborso	Non è previsto il rimborso del premio in quanto, in caso di perdita in corso d'anno dei requisiti per beneficiare della copertura assicurativa, le garanzie sono operanti fino alla prima scadenza utile.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni con decorrenza dalle ore 00.00 del 01/01/2021, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento. La copertura scade alle ore 24.00 del 31/12/2022. La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Trascorso il termine di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigere giudizialmente l'esecuzione.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	La facoltà di recesso da parte del contraente è preclusa.
Risoluzione	Non sono previsti casi, oltre quelli previsti dalla legge, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto ad eccezione di quanto previsto al punto "Durata" del presente DIP Aggiuntivo



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è destinato al Personale in quiescenza del gruppo Banco BPM, iscritti alla Cassa di Assistenza del Gruppo Banco Popolare, che intendono ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o malattia.



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
----------------------------------	---

	<p>- 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.</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 mail: 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.