

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

RBM Assicurazione Salute S.p.A.



Prodotto: FIRST CISL

Ultima release 01/01/2020

Il presente 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 dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede legale in Via Forlanini, 24, 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) tel. +39 0422 062700 sito internet: www.rbmsalute.it; e-mail: info@rbmsalute.it; pec: rbmsalutespa@pecrbmsalute.it
La Società è stata autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 ed iscritta nell' Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00161.

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2018

Patrimonio netto: 230.873 migliaia di euro, di cui capitale sociale 120.000 migliaia di euro e totale delle riserve patrimoniali 73.766 migliaia di euro. I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) vengono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio della Società. Per la loro consultazione si rinvia al sito www.rbmsalute.it (sezione Informazioni Societarie). Le risultanze della valutazione del profilo di rischio della Società, vedono i seguenti parametri fondamentali:

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 139.405 migliaia di euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 34.851 migliaia di euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 243.975 migliaia di euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 235.671 migliaia di euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 175% (189% 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) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
- 4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- 6) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;

	<p>7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;</p> <p>8) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;</p> <p>9) interruzione volontaria della gravidanza;</p> <p>10) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio indennizzabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, indennizzabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;</p> <p>11) le prestazioni, le cure e gli interventi dentari, paradentari, ortodontici, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale);</p> <p>12) cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;</p> <p>13) prestazioni, cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non indennizzabili ai sensi di polizza;</p> <p>14) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);</p> <p>15) Ricoveri in lungodegenza;</p> <p>16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;</p> <p>17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;</p> <p>18) gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;</p> <p>19) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero";</p> <p>20) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);</p> <p>21) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;</p> <p>22) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;</p> <p>23) ricoveri impropri;</p> <p>24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze, salvo quanto diversamente previsto in polizza;</p> <p>25) le malattie manifestatesi precedentemente alla decorrenza della polizza, per coloro che sono tenuti alla sottoscrizione del Questionario Sanitario, salvo quelle indicate nello stesso e non esplicitamente escluse.</p>
--	--



Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso 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/Assicurato e gli scoperti/franchigie per evento.

N.B.: Si precisa che i massimali dovranno essere riproporzionati come segue:

- **Massimali al 100% per gli inserimenti effettuati nel 1° semestre di copertura;**
- **Massimali al 50% per gli inserimenti effettuati nel 2° semestre di copertura.**

In caso di non utilizzo della RBM-PMED CARD c/o strutture convenzionate a rimborso si applica una maggiorazione di un ulteriore 10% e franchigie incrementate di € 15,00.

OPZIONE BASE

PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
Massimale	EURO 50.000
Ricovero con/senza intervento DH con/senza intervento	

Condizioni:	diretta Rimborso/misto	Rimborso al 100% Scoperto 10% - min. Euro 1.000 max Euro 2.500
Interventi Ambulatoriali		
Sub massimale		Euro 1.000
Condizioni:		Rimborso al 100%
Pre/post		90/90 gg
Sub massimali (*)		
Parto Naturale		Euro 2.000
Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti		Euro 4.000
Chirurgia refrattiva		Euro 1.000 per occhio
Indennità sostitutiva		
Ricovero con/senza intervento		Euro 50 al giorno max 90gg
Day Hospital		
Pre/post		90/90 gg

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C)	
<u>B-Alta Specializzazione</u>	Alta Diagnostica
Massimale	Euro 1.000
Condizioni:	
diretta	Scoperto 20% - min. Euro 40
rimborso	Scoperto 20% - min Euro 40
Ticket	Rimborso al 100%
<u>C-Visite ed Accertamenti</u>	
Massimale	Euro 1.000
Condizioni:	
Diretta	Scoperto 20% - min. Euro 40
rimborso	Scoperto 20% - min Euro 40
Ticket	Sublimite Euro 300 - Rimborso al 100%
ComfortSalute®	Previsto

OPZIONE GOLD +

PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
------------------------------------	---

OPZIONE PLUS

PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
Massimale	EURO 100.000
Ricovero con/senza intervento DH con/senza intervento Condizioni: <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">diretta</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">Rimborso/misto</div>	Rimborso al 100% Scoperto 10% - min. Euro 1.000 max Euro 2.500
Interventi Ambulatoriali Sub massimale Condizioni:	Euro 1.000 Rimborso al 100%
Pre/post	90/90 gg
Sub massimali (*) Parto Naturale Parto Cesareo ed Aborto terapeutico e Int. concomitanti Chirurgia refrattiva	Euro 2.000 Euro 4.000 Euro 1.000 per occhio
Indennità sostitutiva Ricovero con/senza intervento Day Hospital Pre/post	Euro 100 al giorno max 180gg <div style="background-color: #cccccc; height: 10px; width: 100%;"></div> 90/90 gg

(): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento"**

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B-C)	
<u>B-Alta Specializzazione</u> Massimale Condizioni: diretta rimborso Ticket	Alta Diagnostica Euro 3.000 Scoperto 20% - min. Euro 40 Scoperto 20% - min Euro 40 Rimborso al 100%
<u>C-Visite ed Accertamenti</u> Massimale Condizioni: <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">diretta</div> <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">rimborso</div>	Euro 2.000 Scoperto 20% - min. Euro 40 Scoperto 20% - min Euro 40

GARANZIE INTEGRATIVE(A)		
A) Perdita di Autosufficienza - LTC (Long Term Care)		
Massimale		Euro 6.000 – LIMITE Euro 500 per mese
Opzione Piano Aggiuntivo 2		
GARANZIE INTEGRATIVE		
A) Perdita di Autosufficienza - LTC (Long Term Care)		
Massimale		Euro 12.000 – LIMITE Euro 1.000 per mese

 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 - rilasciare un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di autorizzazione completa e per la quale abbiano avuto esito positivo le verifiche tecnico-mediche-assicurative. L'Assicurato, previa prenotazione, potrà effettuare la prestazione presso la struttura riportata nel VoucherSalute® entro 30 giorni dal rilascio di quest'ultimo. L'esecuzione della prestazione entro 30 giorni è garantita esclusivamente con riferimento alle strutture proposte dalla Centrale Operativa. 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 1 anno con decorrenza dalle ore 00.00 del 01/01/2020, 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 31/12/2020. In caso di mancanza di disdetta alla scadenza, l'assicurazione si intende tacitamente prorogata per la durata di un anno e così di seguito con riferimento alle successive scadenze. La polizza 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.

A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è destinato alla categoria iscritti e già iscritti a F.I.R.S.T.-CISL 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>Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami di RBM Assicurazione Salute S.p.A. con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tramite compilazione di apposita form-mail, reperibile sul sito della Società www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami, compilabile direttamente on-line; - tramite posta, ordinaria o raccomandata, indirizzata a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde; - via fax al numero 0422/062909; - via mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it. <p>Ove non sia utilizzata la form-mail, per individuare correttamente la posizione e dar seguito ad una pronta trattazione della pratica al fine di fornire 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 alla presentazione del reclamo sottoscritta dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità; - numero di pratica;
----------------------------------	---

	- sintetica ed esaustiva esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto. RBM Assicurazione Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.
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	Interpellando obbligatoriamente un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	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.

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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.