



**INTESA SANPAOLO  
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria  
per l'Azienda PRIMO SRL

## CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

*Prima della sottoscrizione  
leggere attentamente  
le condizioni di assicurazione*

**MODELLO FI3058**  
Edizione 06/2024

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.



## SOMMARIO

---

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 23:

### SEZIONE I

- Glossario *da pag. 1*
- Capitolo 1 – Norme che regolano il contratto in generale - *da pag. 5*

### SEZIONE II

- Capitolo 1 - Prestazioni assicurate - *da pag. 10*
- Capitolo 2 - Esclusioni e Delimitazioni - *da pag. 13*
- Capitolo 3 - **Liquidazione dell'indennizzo** - *da pag. 14*

### ALLEGATI

- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
- Informativa in materia di raccolta e utilizzo dei dati personali resa **all'interessato** ai sensi del Regolamento UE n.216/679 (fac-simile)

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute nel presente contratto, sono riportate in particolare carattere grafico.

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 verde: esempi.

## Sezione I

### GLOSSARIO

---

Il Glossario è parte integrante e sostanziale delle Condizioni di Assicurazione.

Ove non diversamente stabilito i termini e le definizioni di seguito elencati, contraddistinti con lettera iniziale maiuscola, hanno nelle Condizioni di Assicurazione il significato a ciascuno di essi attribuito in questo Glossario.

I termini indicati al singolare includono il plurale, e viceversa. I termini che denotano un **genere includono l'altro genere, salvo che il contesto o l'interpretazione indichino il contrario**.

**Anagrafica:** file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

**Assicurato:** chi è protetto dall'Assicurazione.

**Assicurazione:** contratto stipulato tra la Compagnia e il Contraente con cui la Compagnia si impegna, a fronte del pagamento del Premio da parte del Contraente, a corrispondere agli Assicurati, al verificarsi di un Sinistro, un determinato Indennizzo.

**Assistenza diretta:** regime per cui l'Assicurato:

- attiva la Centrale operativa;
- accede quindi alle prestazioni sanitarie del Network.

La Compagnia paga direttamente il Network per le prestazioni oggetto di Indennizzo ai sensi del Contratto; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme ulteriori, rispetto a quelle autorizzate dalla Centrale operativa, da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dal Contratto.

**Carenza:** periodo compreso tra l'inserimento degli Assicurati in Polizza e la decorrenza delle prestazioni previste dalla presente copertura assicurativa.

**CDA:** Condizioni di Assicurazione, ossia il presente documento, nel quale vengono riportate le clausole che regolano l'Assicurazione.

**Centrale operativa:** struttura individuata per:

- fornire informazioni relative alle coperture assicurative e al Network;
- autorizzare le prestazioni in Assistenza diretta.

**Certificato di polizza:** documento che contiene gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza e scadenza, premio, dati dei soggetti assicurati, ecc).

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

**Contraente:** PRIMO SRL, Via Santa Teresa n° 23 - 10122 Torino, CF/P.IVA 10353600017, che:

- stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui, ossia dei pazienti del Network;
- è responsabile del pagamento del Premio.

**Contratto:** il presente contratto di assicurazione.

**Franchigia:** importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Sinistro ed è "assoluta", ossia opera sempre e interamente, indipendentemente dall'ammontare della somma cui è applicata. Nel caso di somme di denaro corrisposte a giornate, la franchigia può essere anche espressa in giorni (per esempio indennità di 100,00 euro per ogni giorno di ricovero, esclusi i primi 5 giorni).

**Indennità:** somma di denaro di importo predeterminato che viene erogata all'Assicurato al verificarsi di un Sinistro.

**Indennizzo:** la prestazione fornita all'Assicurato in caso di Sinistro, nei limiti e alle condizioni previste dal Contratto, sia in regime di Assistenza diretta che tramite la corresponsione di Indennità e Rimborsi.

**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.

**Istituto di cura:** ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata autorizzati a offrire assistenza ospedaliera.

Non sono Istituto di cura:

- gli stabilimenti termali
- le case di convalescenza e di soggiorno
- colonie
- case di cura con fini dietologici ed estetici o per la Lungodegenza (RSA)
- istituti pubblici di assistenza e beneficenza (IPAB).

**Massimale:** importo massimo indennizzabile, per ciascuna annualità e per singola garanzia.

**Network:** Rete convenzionata di Previmedical S.p.A. costituita dalle strutture Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate, per offrire prestazioni in regime di Assistenza diretta.

**Parti:** la Compagnia e il Contraente.

**Polizza:** Assicurazione.

**Premio:** la somma che il Contraente deve pagare alla Compagnia.

**Protesi odontoiatriche:** dispositivi medici individuali realizzati per riabilitare le funzioni orali dei pazienti sprovvisti di uno o più denti. Possono essere fisse o mobili, parziali o totali.

**Protesi ortodontiche:** dispositivi medici individuali utilizzati per prevenire, intercettare e correggere i vari tipi di malocclusione, malposizione e disfunzione dei denti e delle strutture correlate.

**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 potestà.

Se previsto, costituisce parte integrante del Contratto.

**Reclamo:** una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Compagnia o di un suo 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.

**Regime rimborsuale:** regime per cui sono rimborsate all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni ricevute dalle sole strutture Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate nel caso di cessazione del convenzionamento con Previmedical, alle condizioni e nei limiti stabiliti nel Contratto.

**Ricovero:** degenza in Istituto di Cura con almeno un pernottamento, documentata da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

**Ricovero improprio:** la degenza in Istituto di cura anche senza pernottamento durante la quale sono praticati accertamenti diagnostici e/o terapie comunemente effettuabili in regime ambulatoriale.

**Rimborso:** somma di denaro erogata all'Assicurato in caso di Sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dal Contratto.

**Scoperto:** percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per Sinistro. In caso di presenza di Franchigia e Scoperto per lo stesso Sinistro, si applica quello che prevede l'importo più alto.

**Sinistro:** evento, previsto dal Contratto, che fa sorgere l'obbligo di corrispondere l'Indennizzo all'Assicurato nei limiti e alle condizioni previste dal Contratto.

**Sinistro e Data Sinistro:**

- Prestazioni odontoiatriche: ogni singola prestazione odontoiatrica.  
Data Sinistro: data della singola prestazione odontoiatrica.
- Prestazioni ospedaliere: ogni singolo Ricovero.  
Data Sinistro: data di ingresso nell'Istituto di cura.

**Sport professionistico / Gare professionistiche:** attività sportiva retribuita, continuativa o prevalente rispetto ad altre attività professionali.

**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. e-mail).

**Titolare:** persona fisica che acquisisce la qualifica di Assicurato in quanto sottoscrittore, nel corso della vigenza contrattuale, della "CARD PRIMO" o della "CARD CAREMENT" rilasciate dalle strutture Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate.

## CAPITOLO 1 – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di Assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007<sup>1</sup>.

Sito: [www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com)

PEC: [comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com)

Art. 2. Carenza

Non prevista.

Art. 3. Indicizzazione dei Premi e delle somme assicurate

I Premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 4. Cosa si assicura

L'Assicurazione prevede la corresponsione di un Indennizzo per Sinistri riconducibili a Infortunio, verificatisi mentre l'Assicurazione è operativa, alle condizioni di seguito indicate.

Art. 5. Categorie assicurate

Persone fisiche che, nel corso della vigenza del Contratto, hanno sottoscritto la "CARD PRIMO" o la "CARD CAREDEMENT" rilasciate dal Contraente (Titolari).

Tali soggetti non devono rientrare tra le categorie di cui all'art. 23 "Persone non assicurabili".

Tutti gli Assicurati devono avere il domicilio in Italia e il codice fiscale.

Art. 6. 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'Assicurazione<sup>2</sup>.

La Compagnia si riserva sempre il diritto di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti, elementi necessari per valutare l'operatività dell'Assicurazione.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 7. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di comunicare alla Compagnia se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, in presenza di altre assicurazioni per lo stesso rischio, l'Assicurato deve comunque avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> G.U. 255 del 2 novembre 2007

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

Tale obbligo sussiste anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, la Compagnia può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento<sup>4</sup>.

## Art. 8. **Decorrenza dell'Assicurazione – Tacito rinnovo – diritto di recesso**

### 8.1 Decorrenza

L'Assicurazione tra la Compagnia e il Contraente dura 18 mesi e:

- ha effetto dalle ore 00:00 del giorno 01/07/2024 se il Premio è stato pagato, altrimenti dalle ore 00:00 del giorno dopo il pagamento;
- scade alle ore 24 del 31/12/2025.

### 8.2 Tacito rinnovo

Il Contratto non prevede il tacito rinnovo, pertanto alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ogni ulteriore effetto, fermo quanto previsto al successivo punto 8.4 in relazione alla durata delle coperture per i singoli Titolari.

### 8.3 Diritto di recesso

Le Parti non possono recedere dal Contratto.

### 8.4 Decorrenza e durata **dell'Assicurazione per i singoli Titolari**

Con riferimento ai singoli Titolari, l'Assicurazione ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello di rilascio della "CARD PRIMO" o della "CARD CAREDEMENT" da parte del Contraente.

A tal fine il Contraente comunica mensilmente alla Compagnia le anagrafiche dei Titolari da inserire in copertura.

La copertura per il Titolare avrà durata annuale senza tacito rinnovo; pertanto, alla scadenza contrattuale l'assicurazione risulterà priva di ulteriore effetto.

Esempio:

- rilascio della CARD il 15/09/2024;
- effetto della copertura assicurativa dalle ore 00:00 del 01/10/2024;
- scadenza della copertura alle ore 24 del 30/09/2025.

Esempio:

- rilascio della CARD il 30/09/2024;
- effetto della copertura assicurativa dalle ore 00:00 del 01/10/2024;
- scadenza della copertura alle ore 24 del 30/09/2025.

## Art. 9. Pagamento del Premio - Anagrafica

### 9.1 Pagamento del Premio

Il Premio è sempre determinato per periodi di Assicurazione di un anno.

---

<sup>4</sup> Art. 1910 "Assicurazione presso diversi assicuratori" del Codice civile.

Il Premio deve essere versato dal Contraente alla Compagnia con bonifico bancario entro le ore 24 del 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza.

Il Premio viene stabilito dalla Compagnia sulla base delle anagrafiche fornite dal Contraente.

1. Se il Contraente paga il premio oltre la data di scadenza pattuita (dopo il 30° giorno dal ricevimento del Certificato di polizza ed entro 6 mesi da questa data), il Contratto non si risolve ed è facoltà della Compagnia sospendere la copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno di pagamento, dando comunicazione al Contraente in tal senso. In tal caso, la Compagnia non fornisce quindi alcuna copertura assicurativa per i Sinistri che dovessero avvenire durante il periodo di sospensione. Le coperture assicurative torneranno a essere attive, dopo il pagamento del Premio avvenuto entro 6 mesi, a decorrere dalla data indicata nel Certificato di polizza, quindi anche con riferimento ai sinistri verificatisi durante il periodo di sospensione.
2. Trascorsi 6 mesi dalla data di scadenza sopra pattuita il contratto di assicurazione si risolve. Il Contraente non potrà più riattivare le coperture assicurative, anche nel caso in cui decidesse di pagare il premio insoluto. In ogni caso, il Premio annuo è comunque dovuto.

## 9.2 Anagrafica

Il Contraente deve far pervenire alla Compagnia le Anagrafiche tramite tracciato informatico concordato.

In mancanza, la Compagnia non potrà prendere in carico richieste di sinistro dei soggetti la cui Anagrafica non sia stata trasmessa.

## Art. 10. Estensione Territoriale

L'Assicurazione vale in tutto il mondo. Gli indennizzi sono corrisposti in Italia e liquidati in euro. Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE (Banca Centrale Europea).

## Art. 11. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenuti Compagnia, Contraente e Assicurato ai sensi del presente Contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

## Art. 12. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) Condizioni di Assicurazione;
- b) Informativa Privacy di cui all'Allegato 2 del presente Contratto.

La suddetta documentazione è l'unica rispetto alla quale la Compagnia si assume obblighi con riferimento alle prestazioni ivi indicate. La redazione di eventuali altri documenti (es. guide operative) verrà valutata ed eventualmente effettuata dalla Compagnia stessa con finalità di supporto meramente commerciale e senza alcun valore legale.

## Art. 13. Cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario 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, la Compagnia trasmette al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente si impegna a comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

#### Art. 14. Assicurazione per conto altrui

L'Assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi previsti devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato<sup>5</sup>.

#### Art. 15. 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 dalla Compagnia.**

#### Art. 16. Reclami

I Reclami riguardanti il Contratto o su un servizio assicurativo devono essere inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. secondo le modalità indicate nel sito internet [www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html).

#### Art. 17. Sistemi alternativi di risoluzione delle controversie: mediazione

Per controversie connesse al presente 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 competente<sup>6</sup>.

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

Se la lite non è conciliata con la mediazione, Compagnia, Contraente e Assicurato sono liberi di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

#### Art. 18. Foro Competente

Per le controversie connesse al presente Contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità esecuzione e risoluzione):

- tra la Compagnia e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo ove ha sede legale Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.;
- tra la Compagnia e l'Assicurato (o altro soggetto avente diritto): è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza (se in Italia) o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Compagnia, Contraente e Assicurato possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi.

---

<sup>5</sup> Art. 1891 "Assicurazione per conto altrui o per conto di chi spetta" del Codice civile.

<sup>6</sup> D.lgs. 28/2010 in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali e successive modifiche e integrazioni.

## Art. 19. Servizi “Segui la tua pratica” e “Home Insurance” – App mobile “Citrus”

### 19.1 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.

Il servizio può essere attivato indipendente dai canali in cui viene effettuata la domanda di rimborso.

Nel modulo di rimborso cartaceo l'Assicurato deve solo indicare il proprio numero di telefono cellulare. Attivando il servizio, l'Assicurato riceve una notifica a seguito di:

- a) ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b) predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- c) eventuale rifiuto della domanda di rimborso perché non indennizzabile.

### 19.2 CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

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

- sul sito internet della Compagnia [www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com)
- attraverso il percorso: Area riservata – Prodotti sanitari collettivi – Consultazione polizza in gestione Previmedical
- inserendo le stesse credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri di cui al punto successivo

consultare il presente Contratto.

- sul sito internet della Compagnia [www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com)
- attraverso il percorso: Area riservata – Prodotti sanitari collettivi – Sinistri in gestione Previmedical

con le credenziali di accesso, eseguire le seguenti operazioni:

- Preattivare le prestazioni in Assistenza diretta o inviare le richieste di Rimborso (percorso “Gestisci la tua Polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi”)
- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- consultare lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

### 19.3 App mobile “Citrus”

Con l'app mobile “Citrus®”, è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale operativa
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche
- pre-attivare le prestazioni in regime di Assistenza diretta.

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

## Art. 20. Legge applicabile al Contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il presente Contratto è regolato dalla Legge italiana.

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



## Sezione II

### CAPITOLO 1 – PRESTAZIONI ASSICURATE

#### Art. 21. Descrizione delle prestazioni Assicurate

Vengono di seguito riportati gli Indennizzi che la Compagnia fornisce all'Assicurato in caso di Sinistro mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, Franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in questo Contratto, nella descrizione delle singole garanzie e nell'Allegato 1.

#### A) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

##### 1. PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO

###### 1.1 Prestazioni



La garanzia opera in caso di infortunio subito dall'assicurato durante il periodo di copertura.

Se l'infortunio comporta un danno che pregiudica il risultato di una prestazione precedentemente eseguita presso una struttura del Network (es. rottura del ponte dentale installato), l'Assicurato può chiedere l'indennizzo della prestazione necessaria a ripristinare la situazione precedente all'infortunio.

L'Assicurato deve produrre la documentazione attestante la suddetta prestazione eseguita dalle strutture del Network prima dell'Infortunio.

###### 1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo per il complesso delle prestazioni suindicate: 10.000 euro per Assicurato.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale solo presso le strutture Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate nel caso di cessazione del convenzionamento con Previmedical.

Esempi di applicazione dei regimi di Assistenza diretta e Regime rimborsuale:

Assistenza diretta

- Intervento eseguito prima della decorrenza della copertura assicurativa presso un centro facente parte del Network;
- l'Intervento di ripristino può essere eseguito presso lo stesso centro o presso un altro centro facente parte del Network.

Regime rimborsuale

- Intervento eseguito prima della decorrenza della copertura assicurativa presso un centro facente parte del Network;
- l'Intervento di ripristino deve essere eseguito presso una struttura Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. o rispettive società controllate e/o affiliate.

Franchigie e Scoperti

- Assistenza diretta: nessuna Franchigia/Scoperto.
- Regime rimborsuale: nessuna Franchigia/Scoperto.

## B) INDENNITA' DA RICOVERO PER INFORTUNIO

### 1. INDENNITA' DA RICOVERO PER INFORTUNIO

#### 1.1 Prestazioni



La Compagnia, in caso di Ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura a seguito di infortunio, corrisponde un'indennità per ciascun giorno di Ricovero.

Il giorno di ingresso nell'Istituto di cura e quello di dimissione sono considerati un unico giorno.

L'Indennità non si applica per la permanenza nel pronto soccorso/astanteria se non segue il Ricovero nella stessa struttura sanitaria.

L'indennità verrà corrisposta entro il massimo di 30 giorni all'anno.

#### 1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Indennità 50 euro al giorno per massimo 30 giorni all'anno.

Regimi di erogazione

Corresponsione di indennità.

## C) ALTRE GARANZIE



### 1 Trasporto sanitario

Se l'Assicurato, a seguito di Infortunio, è impossibilitato a recarsi presso la struttura nella quale deve sottoporsi alle cure di cui al paragrafo A), può richiedere il trasporto sanitario di andata e ritorno con mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'estero. Il trasporto viene fornito nei soli casi in cui la prestazione di cui al paragrafo A) sia indennizzabile.

La richiesta di trasporto deve essere effettuata prima di recarsi presso la struttura e la scelta del mezzo per il trasporto spetta alla Compagnia in base alle condizioni del paziente, a quanto rappresentato nella documentazione medica e indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

#### 1.2 Regimi e condizioni di erogazione

Massimali

Massimale annuo: 5.000 euro per Assicurato.

Regimi di erogazione

- Assistenza diretta

Franchigie e Scoperti

- Assistenza diretta: nessuna Franchigia/Scoperto.

## 2 Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura

### 2.1 Prestazioni

Se per Infortunio occorso durante il periodo di copertura l'Assicurato ha bisogno di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. Le modalità della consulenza medica si differenziano a seconda della richiesta:

#### a) Informazione e orientamento medico telefonico

Quando l'Assicurato, a seguito di Infortunio occorso durante il periodo di copertura, ha bisogno di consigli medico-sanitari generici o di informazioni per trovare medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale e internazionale, la Centrale operativa fornisce:

- un esperto per un consulto telefonico immediato;
- informazione sanitaria su farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione ad esami diagnostici.

Se dopo il consulto l'Assicurato ha bisogno di una visita specialistica, la Centrale operativa segnala il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assicurato.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

#### b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando per Infortunio occorso durante il periodo di copertura che può richiedere interventi di particolare complessità l'Assicurato ha bisogno di informazioni su centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa mette a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed eventualmente individuare le strutture più appropriate, i medici della Centrale operativa possono chiedere all'Assicurato la documentazione clinica.

#### c) Consulenza telefonica medico-specialistica

Quando l'Assicurato, in conseguenza di Infortunio occorso durante il periodo di copertura, ha bisogno di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali può parlare direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

Si precisa che i servizi suindicati sono correlati all'infortunio occorso all'Assicurato e non possono riguardare aspetti che esulano da quest'ultimo.

## CAPITOLO 2 – ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI

### Art. 22. Esclusioni

Sono esclusi dalla copertura:

- 1) Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) Infortuni conseguenti a alcolismo e tossicodipendenza;
- 3) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 4) Infortuni che derivano 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 che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill";
- 5) Infortuni derivanti dallo svolgimento di Sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti;
- 6) 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;
- 7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 9) prestazioni in conseguenza di patologie mentali e del comportamento (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc..) compresi nella Classificazione Internazionale delle Malattie a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in vigore al momento del sinistro;
- 10) prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici, salvo quanto previsto al paragrafo A) Prestazioni odontoiatriche da Infortunio;
- 11) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di Infortuni non indennizzabili ai sensi del Contratto;
- 12) Ricoveri in Lungodegenza;
- 13) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale;
- 14) Ricoveri impropri;
- 15) Infortuni occorsi prima della decorrenza della copertura, le relative conseguenze e complicanze.

### Art. 23. Persone non assicurabili

Età minima

Non possono entrare in copertura soggetti che non abbiano già compiuto 18 anni al momento della decorrenza dell'Assicurazione.

Età massima  
Nessuna.

## CAPITOLO 3 – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

---

Art. 24. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

### 24.1 Oneri

---

Denuncia

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro alla Compagnia non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'Indennizzo<sup>7</sup>.

Se mancano elementi essenziali, e l'Assicurato non è in grado di metterli a disposizione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo non può essere presentata e quindi è respinta. Per "richiesta di Indennizzo" si intende quella di accesso al Network per usufruire di prestazioni in regime di Assistenza diretta oppure quella di ottenere un Rimborso o una Indennità (comunque denominata).

La Centrale operativa si avvale di consulenti medici per inquadrare correttamente la prestazione richiesta all'interno delle garanzie contrattualmente previste. Si precisa che i consulenti medici della Centrale operativa non entrano nel merito della richiesta medica, ma si limitano ad accertare che si tratti di un Sinistro in copertura.

La Compagnia respinge la richiesta di Indennizzo nei seguenti casi in cui si ritengono mancare gli elementi essenziali sotto richiamati:

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- assenza totale di documentazione
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- Massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

Regime rimborsuale/Corresponsione di Indennità

- garanzia non prevista
- assenza totale di documentazione
- assenza di fattura/documentazione di spesa
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta

---

<sup>7</sup> Art. 1915 "Inadempimento dell'obbligo di avviso o di salvataggio" del Codice civile.

- prestazione eseguita in struttura convenzionata
- prescrizione medica scaduta
- Massimale esaurito
- presentazione di una nuova richiesta di rimborso per una fattura già presentata a rimborso/rimborsata
- presentazione di una richiesta di indennità già richiesta/liquidata
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

La Compagnia **richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di** Indennizzo se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: Cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme; assenza di materiale radiografico e foto intraorali per le prestazioni odontoiatriche; **documentazione attestante l'intervento precedentemente eseguito da Primo S.r.l. e/o Caredent S.r.l.; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'Infortunio**).
- non è stato indicato correttamente l'Assicurato cui il Sinistro si riferisce.

**Se l'Assicurato non integra la richiesta di Indennizzo entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di integrazione della Compagnia, la richiesta di Indennizzo è respinta; la domanda può comunque essere ripresentata.**

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre compagnie

**Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre compagnie assicurative deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.**

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 giurata e asseverata/legalizzata, 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 dalla Compagnia 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 dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

### **Decesso dell'Assicurato**

**Se in corso di validità della copertura l'Assicurato decede:**

- i suoi eredi legittimi devono tempestivamente avvisare la Compagnia;
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

**In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:**

- certificato di morte dell'Assicurato;

- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
  - o estremi del testamento;
  - o dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato;
  - o 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:
  - o l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento;
  - o le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi;
  - o 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 nel presente Contratto.

#### **Pagamento dell'indennizzo in caso di Beneficiario minorenne o incapace d'agire**

In caso di beneficiario minorenne o incapace d'agire Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga l'indennizzo:

- a chi esercita la potestà parentale
- al Tutore
- al Curatore
- all'Amministratore di sostegno

dietro presentazione dell'originale o copia autenticata di Decreto del Giudice Tutelare che autorizza questi ultimi a riscuotere il capitale destinato al beneficiario minorenne o incapace.

Uso di odontoiatri e strutture convenzionati

Se l'Assicurato utilizza una struttura del Network ha sempre l'obbligo di attivare l'Assistenza diretta. Il Regime rimborsuale è consentito solo presso le strutture Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate nel caso di cessazione del convenzionamento con Previmedical.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nel sito internet <https://www.centridentisticiprimo.it/centri/> o nell'App mobile.

Si precisa che nel caso di consultazione dell'App. mobile le strutture da intendersi convenzionate sono solo quelle di PRIMO S.r.l., CAREMENT Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate.

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

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

## 24.2 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di Assistenza diretta

---

### a) Prima della prestazione

Sono previste 2 fasi:

- 1) richiesta del voucher
- 2) rilascio del voucher

#### Fase 1: richiesta del VoucherSalute®

L'Assicurato deve **prima chiedere l'emissione del VoucherSalute®** alla Centrale operativa (attiva **24 ore su 24, 365 giorni l'anno**) allegando la documentazione necessaria.

Per poter ricevere la prestazione autorizzata, **l'Assicurato deve poi presentare alla Struttura sanitaria il VoucherSalute®** e consegnare la prescrizione medica.

L'Assicurato deve di volta in volta chiedere l'emissione del VoucherSalute® per ogni singola prestazione che deve eseguire; non sono prese in considerazione richieste dirette delle strutture del Network.

Con riferimento alle prestazioni odontoiatriche, Intesa Sanpaolo RBM Salute ammette anche la possibilità che la richiesta di emissione del Voucher per la prestazione successiva alla prima sia inoltrata da parte della struttura o del medico convenzionati che si siano resi disponibili.

#### Come chiedere il voucher

- con l'app mobile
- da portale web
- per telefono
  - 800.955.135 da telefono fisso (numero verde)
  - 0422.17.44.115 da cellulare e per chiamate dall'estero.

#### Dati da fornire alla Centrale operativa

- cognome e nome, data di nascita e telefono di chi ha bisogno della prestazione o eventuali credenziali fornite dalla Compagnia
- prestazione da effettuare
- diagnosi o quesito diagnostico.

#### Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da Infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); è comunque sempre necessaria la prescrizione medica **dell'odontoiatra**;
- se l'Infortunio è responsabilità di un terzo non provvisto di copertura assicurativa: se è nella disponibilità dell'assicurato, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile;
- se l'Infortunio è responsabilità di un terzo provvisto di copertura assicurativa: se è nella disponibilità dell'assicurato anche i dati di polizza del terzo responsabile;

- in caso di incidente stradale: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare il Modulo CID (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente;
- prestazioni odontoiatriche: per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:
  - fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o Ortopanoramiche e/o Dentalscan
  - certificati di laboratorio
- **documentazione dell'intervento precedentemente eseguito da PRIMO SRL e/o CAREDEMENT SRL** per il quale si chiede il rimborso;
- in caso di Ricovero, Cartella clinica completa contenente anche la S.D.O.

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Come trasmettere i documenti:

- in caso di avvenuta attivazione all'Area Riservata: tramite Area Riservata/App
- negli altri casi: tramite altra modalità utilizzabile dall'Assicurato (es. e-mail) concordata con la Centrale Operativa

Ricerca della struttura

- L'Assicurato può cercare la struttura sanitaria convenzionata dove effettuare la prestazione tramite la propria area riservata, l'app mobile o telefonando alla Centrale operativa
- se disponibili nel territorio, sono individuate le strutture convenzionate in grado di garantire la prestazione
- l'Assicurato conferma una delle strutture convenzionate e la prestazione da eseguire.

#### Fase 2: rilascio del VoucherSalute®

Se superati positivamente i controlli amministrativi e medico assicurativi della richiesta, la Centrale operativa:

- rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta completa della documentazione giustificativa, dove sono evidenziate le eventuali spese a carico dall'Assicurato (per es.: Franchigie, scoperti, se previsti);
- può richiedere integrazioni alla documentazione sanitaria; in tal caso il termine di 7 giorni decorre dal giorno di ricevimento della documentazione completa;
- invia il voucher all'Assicurato **per mail o sms (a seconda della scelta dell'Assicurato)** e alla struttura convenzionata. Se l'Assicurato non ha uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria deve scegliere come mezzo di ricezione del voucher la mail da stampare con un qualsiasi computer.

### Validità e riemissione del VoucherSalute®

Il VoucherSalute® è valido 90 giorni dalla data di emissione, a meno di limiti che intervengano prima dei 90 giorni per:

1. il raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o
2. la cessazione della copertura.

Superato il termine di validità di 90 giorni, in presenza di copertura, l'Assicurato potrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®.

Se per motivi eccezionali l'Assicurato ha necessità di annullare il voucher prima dell'erogazione della prestazione presso la struttura sanitaria, può farlo dalla propria area riservata.

### Modifiche o integrazioni alle prestazioni

L'Assicurato deve comunicare in anticipo ogni modifica o integrazione alla prestazione autorizzata alla Centrale operativa, perché questa, se i controlli amministrativi e tecnico medici sono positivi, emetta un nuovo VoucherSalute®.

#### a) La prenotazione

- Ottenuto il voucher, l'Assicurato prenota personalmente la prestazione nella Struttura convenzionata;
- sulla piattaforma informatica messa a disposizione dalla Compagnia, la struttura sanitaria può vedere il VoucherSalute® emesso e lo può verificare in fase di **prenotazione dell'appuntamento**;
- dalla stessa piattaforma la Struttura può confermare alla Centrale operativa la data di esecuzione della prestazione.

L'Assicurato non può fissare l'appuntamento con la Struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che derivano da una diversa modalità di contatto con la Struttura convenzionata comportano il mancato rilascio del VoucherSalute® e la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di Assistenza diretta.

#### b) Centrale operativa non attivata

Se l'Assicurato accede a strutture del Network senza rispettare gli obblighi di attivazione preventiva della Centrale operativa, la prestazione non può essere liquidata in regime di Assistenza diretta né a Rimborso.

Il ricorso al Regime rimborsuale è consentito solo nel caso di cessazione del convenzionamento tra Previmedical e le strutture Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate.

#### c) Dopo la prestazione

- L'Assicurato deve controfirmare la fattura emessa dalla Struttura convenzionata, in cui è esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (scoperti, Franchigie, prestazioni non previste dal Contratto);
- la Compagnia effettua il pagamento al Network delle spese indennizzabili secondo quanto previsto dal Contratto

- il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dal Contratto, è effettuato dopo aver ricevuto da parte della struttura sanitaria la fattura e la documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato oppure alla Struttura convenzionata.

Sono a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dal Contratto (per es.: Franchigie e scoperti, superamento di Massimali).

#### d) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In Assistenza diretta, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione:

- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
  - restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
  - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici nel caso in cui la Compagnia non avesse ancora effettuato il pagamento.

### 24.3 Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso / Richiesta di Indennità

La richiesta può essere fatta in 2 modi: a) cartacea, b) on line. In entrambi i casi:

- la documentazione deve essere intestata all'Assicurato cui si riferisce il Sinistro e riportarne i dati anagrafici; il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.
- le prestazioni devono
  - essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)
  - essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico
  - essere comprovate da idonea documentazione di spesa rilasciata da Centro Medico o da professionista sanitario o comunque da ente congruente con la prestazione effettuata; la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi;
  - essere accompagnate dalla **documentazione attestante l'intervento** precedentemente eseguito da PRIMO SRL e/o CAREMENT SRL, per le prestazioni di cui **all'art. 21**, paragrafo A).

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

La Compagnia si impegna a mettere in pagamento l'Indennizzo eventualmente dovuto (da intendersi come conclusione della pratica, ossia di predisposizione della lettera di liquidazione, 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;
- entro 25 giorni lavorativi nel caso di richiesta di integrazione della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria. Il computo dei giorni inizia in questo caso dalla ricezione della richiesta di rimborso e resta sospeso ogni volta che viene chiesta un'integrazione documentale all'Assicurato, ripartendo al momento della ricezione della documentazione da parte della Compagnia. Il termine non riparte da zero, ma al contrario vengono conteggiati e sommati tra loro i periodi in cui la richiesta è rimasta in carico alla Compagnia.

#### a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato può compilare il Modulo di richiesta di rimborso spese sanitarie - Previmedical ([www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com) - Sezione Prodotti Sanitari Collettivi – Modulistica-Intesa Sanpaolo RBM Salute).

Nel caso in cui non venga utilizzato tale modulo, Intesa Sanpaolo RBM Salute prende in carico la richiesta di rimborso solo se in essa sono riportate integralmente tutte le informazioni presenti nel modulo (incluso il "Consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della normativa vigente in materia", da sottoscrivere con firma specifica in aggiunta a quella da apporre in calce alla richiesta di rimborso). In ogni caso l'Assicurato deve allegare alla richiesta di rimborso copia dei seguenti documenti:

1. documentazione quietanzata del pagamento delle spese (fatture, notule, ricevute), emessa da Centro medico o da professionista sanitario o comunque da ente congruente con la prestazione effettuata; la fattura emessa deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la marca da bollo nei casi normativamente previsti e deve essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; se non è integrata entro tale periodo, la domanda è respinta. L'Assicurato può comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola
2. copia conforme della Cartella clinica completa, contenente anche la S.D.O., in caso di Ricovero;
3. in caso di Infortunio devono essere presentati anche:
  - **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'Infortunio**; se non ci sono strutture di Pronto Soccorso nel luogo in cui si è verificato l'Infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. Le cure dentarie da Infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'Infortunio deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie); è comunque sempre necessaria la **prescrizione medica dell'odontoiatra**;
  - se l'Infortunio è responsabilità di un terzo non provvisto di copertura assicurativa: se è nella disponibilità dell'assicurato, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile;
  - se l'Infortunio è responsabilità di un terzo provvisto di copertura assicurativa: se è nella disponibilità dell'assicurato anche i dati di polizza del terzo responsabile;
  - in caso di incidente stradale: con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare il Modulo CID (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente;

La Compagnia può richiedere ulteriori documenti se vi sono situazioni particolari che rendono necessari approfondimenti e valutazioni prima di procedere alla liquidazione del sinistro, per particolari esigenze istruttorie oppure al fine di adempiere a precise disposizioni di legge.

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.  
c/o PREVIMEDICAL S.P.A. - Ufficio Liquidazioni  
via Enrico Forlanini 24  
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

**b) Richiesta di rimborso on line**

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

- dalla propria area riservata ([www.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com) - Area riservata - Prodotti sanitari collettivi – Sinistri in gestione Previmedical)
- attraverso la app mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che la Compagnia considera **equivalente all'originale**.

La Compagnia 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 chiedere il rimborso cartaceo.

**c) Restituzione delle somme indebitamente pagate**

In Regime rimborsuale, se si accerta che l'Assicurazione non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione

- la Compagnia ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve restituire alla Compagnia tutte le somme che questa ha indebitamente pagato all'Assicurato

Il Contraente approva espressamente le disposizioni degli articoli<sup>8</sup>:

Art. 6 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 7 - Altre assicurazioni/coperture

Art. 8 - **Decorrenza dell'Assicurazione** – Tacito rinnovo – diritto di recesso

Art. 9 - Pagamento del Premio - Anagrafica

Art. 18 - Foro competente

Art. 22 - Esclusioni

Art. 23 - Persone non assicurabili

Art. 24 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

---

<sup>8</sup> Art. 1341 "Condizioni generali di contratto" del Codice civile.



Allegato 1: Scheda riassuntiva

Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse garanzie.

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
<b>A) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO</b>	
Massimale annuo	10.000 euro per Assicurato
Condizioni:	
- Assistenza diretta	Nessuna Franchigia/Scoperto
- Regime rimborsuale (solo nel caso di cessazione del convenzionamento tra Previmedical e le strutture di Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate)	Nessuna Franchigia/Scoperto
<b>B) INDENNITA' DA RICOVERO PER INFORTUNIO</b>	
Indennità	50 euro al giorno Massimo 30 giorni all'anno
<b>C) ALTRE GARANZIE</b>	
1. Trasporto sanitario	
Massimale annuo	5.000 euro per Assicurato
Condizioni:	
- Assistenza diretta	Nessuna Franchigia/Scoperto
2. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura	Previsto

## **ALLEGATO 2: INFORMATIVA NEI CONFRONTI DI PERSONE FISICHE AI SENSI DELL'ART. 13 E 14 DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO DEL 27 APRILE 2016 (DI SEGUITO L' "INFORMATIVA") E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il Regolamento sulla "protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati" (di seguito il "Regolamento") contiene una serie di norme dirette a garantire che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali delle persone. La presente Informativa ne recepisce le previsioni.

### **SEZIONE 1 - IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

**Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.**, con sede legale in Via A. Lazzari n.5, 30174 Venezia – Mestre (VE), in qualità di Titolare del trattamento (di seguito anche la "Società" o il "Titolare") tratta i Suoi dati personali (di seguito i "Dati Personali") per le finalità indicate nella Sezione 3. Per ulteriori informazioni può visitare il sito Internet di Intesa Sanpaolo RBM Salute [www.intesasampaolorbmsalute.com](http://www.intesasampaolorbmsalute.com) e, in particolare, la sezione "Privacy" con tutte le informazioni concernenti l'utilizzo ed il trattamento dei Dati Personali.

### **SEZIONE 2 - DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

Intesa Sanpaolo RBM Salute ha nominato il "responsabile della protezione dei dati" previsto dal Regolamento (c.d. "*Data Protection Officer*" o DPO). Per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi Dati Personali e/o per esercitare i diritti previsti dal Regolamento stesso, elencati nella Sezione 7 della presente Informativa, può contattare il DPO al seguente indirizzo e-mail: [privacy@intesasampaolorbmsalute.com](mailto:privacy@intesasampaolorbmsalute.com)

### **SEZIONE 3 - CATEGORIE DEI DATI PERSONALI, FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO**

#### **Categorie di Dati Personali**

I Dati Personali che la Società tratta sono dati anagrafici, dati di contatto, dati relativi al nucleo familiare, dati di polizza, dati relativi ad eventuali sinistri che La riguardano, dati bancari per la liquidazione dei sinistri, altri dati personali da Lei forniti, nonché dati classificati dall'art. 9.1 del Regolamento come "categorie particolari", quali:

- a) dati relativi allo stato di salute;
- b) dati riportati in prescrizioni e referti medici, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici;
- c) dati relativi alle prestazioni assicurative effettuate a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Inoltre, nell'ambito della gestione di eventuali reclami e contenziosi, potranno essere trattati dati multimediali (es. registrazioni delle telefonate intercorse).

#### **Finalità e base giuridica del trattamento**

I Dati Personali che la riguardano, da Lei comunicati alla Società o raccolti presso soggetti terzi<sup>1</sup> (in quest'ultimo caso previa verifica del rispetto delle condizioni di liceità da parte dei terzi), sono trattati dalla Società nell'ambito della sua attività per le seguenti finalità:

---

<sup>1</sup> Ad esempio, intermediari assicurativi, contraenti di polizze collettive o individuali in cui lei risulti assicurato, eventuali coobbligati, altri operatori assicurativi (quali agenti, mediatori di assicurazione, imprese di assicurazione, ecc.); soggetti ai quali per soddisfare le sue richieste (ad es. di rilascio o di rinnovo di una copertura assicurativa, di liquidazione di un sinistro, di trasferimento della posizione

**a) Erogazione di servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per fornirLe i servizi e/o prodotti previsti dagli eventuali contratti assicurativi di cui è parte o da misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (tra cui lavorazione delle richieste di rimborso delle prestazioni effettuate, accertamenti amministrativi e controlli sanitari, liquidazione delle pratiche sanitarie indirette e in convenzione diretta).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

In relazione a tale finalità, il trattamento di dati particolari (tra cui dati idonei a rilevare le Sue condizioni di salute e dati relativi alla prestazione sanitaria ricevuta) potrà essere effettuato solo con il suo consenso, il cui rifiuto può comportare l'impossibilità per la Società di adempiere a quanto richiesto (art. 6.1 lett. a) del Regolamento).

**b) Comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra l'Interessato e il Titolare e avvisi**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per favorire l'eventuale invio di avvisi e comunicazioni tra Lei ed il Titolare, sempre nell'ambito dell'esecuzione di eventuali contratti assicurativi. Il conferimento di tali dati (es. indirizzo di posta elettronica o numero di telefono) sarà facoltativo.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario all'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

**c) Erogazione di servizi online o direttamente tramite App**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per consentirLe la registrazione all' "Area riservata" del sito internet del Titolare e/o l'accesso direttamente tramite le App per dispositivi mobili (FeelUp e Citrus). Tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite (anche tramite notifiche push, qualora attivate, potranno essere inviate informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, estratti conto dei sinistri).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite Area riservata o App dal suo smartphone nell'ambito dell'esecuzione del contratto assicurativo di cui Lei è parte o di misure precontrattuali adottate su Sua richiesta (art. 6.1 lett. b) del Regolamento).

**d) Adempimento agli obblighi di legge connessi all'esecuzione dei contratti assicurativi**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione di contratti assicurativi di cui Lei sia parte, tra cui prescrizioni della normativa antiterrorismo, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi, per adempiere a disposizioni o richieste dell'autorità di vigilanza e controllo (ad esempio la regolamentazione IVASS e la Direttiva Europea sulla distribuzione assicurativa (IDD) richiedono la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto per

---

previdenziale, ecc.) richiediamo informazioni o sono tenuti a comunicarci informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; Magistratura, Forze dell'Ordine e altri soggetti pubblici

l'intero corso di vita dello stesso) oppure, infine, per la verifica della conformità aziendale a leggi e regolamenti nazionali e sovranazionali.

I suoi dati potranno inoltre essere trattati per la gestione di eventuali reclami (ricezione del reclamo, trattazione, registrazione all'interno di apposito Registro, predisposizione della risposta ed invio della stessa).

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati potrà essere effettuato senza il Suo consenso, in quanto necessario per adempiere ad obblighi di legge.

**e) Estensione della polizza assicurativa a favore di altri Assicurati**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati e quelli di suoi familiari verranno trattati al fine estendere la copertura assicurativa a favore di altri Assicurati, qualora previsto dal contratto.

In tale contesto potrebbe essere richiesto il conferimento di categorie particolari di dati (dati idonei a rivelare lo stato di salute, referti medici, ecc.) relativi a Lei o a Suoi familiari. Tale conferimento è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma i dati forniti potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

**f) Sviluppo del Business e gestione del rischio assicurativo della Società**

Nell'ambito di tale finalità, i Suoi dati verranno trattati per sviluppare il Business e gestire il rischio della Società. I suoi dati potranno altresì essere trasmessi all'interno del Gruppo imprenditoriale per finalità amministrative. Inoltre, il trattamento dei Suoi Dati Personali è necessario al fine di:

- gestire eventuali contenziosi;
- perseguire eventuali ed ulteriori legittimi interessi, tra cui la verifica dei reclami su base statistica e la registrazione delle telefonate con Lei intercorse. In quest'ultimo caso la Società potrà trattare i Suoi Dati Personali solo dopo averla informata e aver appurato che il perseguimento dei propri interessi legittimi o di quelli di terzi non comprometta i Suoi diritti e le Sue libertà fondamentali.

In relazione a tale finalità, il trattamento dei dati è effettuato in base al legittimo interesse del Titolare (art. 6.1 lett. f) del Regolamento).

**SEZIONE 4 - CATEGORIE DI DESTINATARI AI QUALI I SUOI DATI PERSONALI POTRANNO ESSERE COMUNICATI**

Per il perseguimento delle finalità sopra indicate potrebbe essere necessario che la Società comunichi i Suoi Dati Personali alle seguenti categorie di destinatari:

**a) Società appartenenti al Gruppo Intesa Sanpaolo.**

**b) Soggetti Terzi** (società, liberi professionisti, ecc.), ad esempio:

- Previmedical S.p.A.;
- Società di mutuo soccorso;
- Compagnie di assicurazione e Broker;
- Società che svolgono servizi di revisione contabile e certificazione di bilancio;
- Uffici legali, nel caso della gestione di reclami e contenziosi;
- Fondi o casse sanitarie;
- Strutture sanitarie e altri erogatori convenzionati di servizi sanitari;
- Società che svolgono servizi di archiviazione, di stampa della corrispondenza e di gestione della posta;
- Società cui sono affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri;



- Società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi o altri servizi di natura tecnico/organizzativa);
  - Istituti bancari
- c) **Autorità** (ad esempio, giudiziaria, amministrativa etc...) e sistemi pubblici informativi istituiti presso le pubbliche amministrazioni, nonché altri soggetti, quali: IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni); ANIA (Associazione Nazionale fra le Imprese Assicuratrici); CONSAP (Concessionaria Servizi Assicurativi Pubblici); UIF (Unità di Informazione Finanziaria); Casellario Centrale Infortuni; CONSOB (Commissione Nazionale per le Società e la Borsa); COVIP (Commissione di vigilanza sui fondi pensione); Banca d'Italia; SIA, CRIF, Ministeri; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, quali INPS, INPDAI, INPGI ecc. Agenzia delle Entrate e Anagrafe Tributaria; Magistratura; Forze dell'Ordine; Equitalia Giustizia, Organismi di mediazione di cui al D. Lgs. 4 marzo 2010 n. 28.

Le Società ed i soggetti terzi cui possono essere comunicati i Suoi Dati Personali agiscono quali: 1) Titolari del trattamento, ossia soggetti che determinano le finalità ed i mezzi del trattamento dei Dati Personali; 2) Responsabili del trattamento, ossia soggetti che trattano i Dati Personali per conto del Titolare o 3) Contitolari del trattamento che determinano congiuntamente alla Società le finalità ed i mezzi dello stesso o 4) incaricati da parte del Titolare come soggetti autorizzati al trattamento di tali dati.

Il Titolare del Trattamento si impegna ad affidarsi esclusivamente a soggetti che prestino garanzie adeguate circa la protezione dei dati, e provvederà a nominarli Responsabili del Trattamento ex art. 28 del Regolamento.

## **SEZIONE 5 - TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI AD UN PAESE TERZO O AD UN'ORGANIZZAZIONE INTERNAZIONALE FUORI DALL'UNIONE EUROPEA**

I Suoi Dati Personali sono trattati dalla Società all'interno del territorio dell'Unione Europea e non vengono diffusi.

Se necessario, per ragioni di natura tecnica od operativa, la Società si riserva di trasferire i Suoi Dati Personali verso paesi al di fuori dell'Unione Europea per i quali esistono decisioni di "adeguatezza" della Commissione Europea, ovvero sulla base delle adeguate garanzie oppure delle specifiche deroghe previste dal Regolamento.

## **SEZIONE 6 - MODALITÀ DI TRATTAMENTO E TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI**

Il trattamento dei Suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici e in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

I Suoi Dati Personali sono conservati, per un periodo di tempo non superiore a quello necessario al conseguimento delle finalità per le quali essi sono trattati, fatti salvi i termini di conservazione previsti dalla legge. In particolare, i Suoi Dati Personali sono conservati in via generale per un periodo temporale di anni 10 a decorrere dalla chiusura del rapporto contrattuale di cui lei è parte; ovvero per 12 mesi dall'emissione del preventivo richiesto nel caso in cui a esso non segua la conclusione del contratto di assicurazione definitivo. I Dati Personali potranno, altresì, esser trattati per un termine superiore, ove intervenga un atto interruttivo e/o sospensivo della prescrizione che giustifichi il prolungamento della conservazione del dato.

## **SEZIONE 7 – DIRITTI DELL'INTERESSATO**

In qualità di soggetto Interessato Lei potrà esercitare, in qualsiasi momento, nei confronti del Titolare i diritti previsti dal Regolamento di seguito elencati, inviando un'apposita richiesta per iscritto all'indirizzo email [privacy@intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:privacy@intesasanpaolorbmsalute.com). Con le stesse modalità Lei potrà revocare in qualsiasi momento i consensi espressi con la presente Informativa.

Le eventuali comunicazioni e le azioni intraprese dalla Società, a fronte dell'esercizio dei diritti di seguito elencati, saranno effettuate gratuitamente. Tuttavia, se le Sue richieste sono manifestamente infondate o eccessive, in particolare per il loro carattere ripetitivo, la Società potrà addebitarle un contributo spese, tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti, oppure rifiutare di soddisfare le Sue richieste.

**Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.** Sede Legale e Direzione Generale: Via A. Lazzari 5, 30174 Venezia-Mestre (VE) comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com Capitale Sociale Euro 305.208.000,00 Codice fiscale e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia Rovigo 05796440963 Società partecipante al Gruppo IVA "Intesa Sanpaolo" - Partita IVA 11991500015 (IT11991500015) e soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Socio Unico: Intesa Sanpaolo Vita S.p.A. Iscritta all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. 1.00161 Appartenente al Gruppo Assicurativo Intesa Sanpaolo Vita, iscritto all'Albo dei Gruppi Assicurativi al n. 28.

## **1. Diritto di accesso**

Lei potrà ottenere dalla Società la conferma che sia o meno in corso un trattamento dei Suoi Dati Personali e, in tal caso, ottenere l'accesso ai Dati Personali ed alle informazioni previste dall'art. 15 del Regolamento, tra le quali, a titolo esemplificativo: le finalità del trattamento, le categorie di Dati Personali trattati etc.

Qualora i Dati Personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale, Lei ha il diritto di essere informato dell'esistenza di garanzie adeguate relative al trasferimento. Se richiesto, la Società Le potrà fornire una copia dei Dati Personali oggetto di trattamento. Per le eventuali ulteriori copie la Società potrà addebitarle un contributo spese ragionevole basato sui costi amministrativi. Se la richiesta in questione è presentata mediante mezzi elettronici, e salvo diversa indicazione, le informazioni Le verranno fornite dalla Società in un formato elettronico di uso comune.

## **2. Diritto di rettifica**

Lei potrà ottenere dalla Società la rettifica dei Suoi Dati Personali che risultano inesatti come pure, tenuto conto delle finalità del trattamento, l'integrazione degli stessi, qualora risultino incompleti, fornendo una dichiarazione integrativa.

## **3. Diritto di cancellazione**

Lei potrà ottenere dal Titolare la cancellazione dei Suoi Dati Personali, se sussiste uno dei motivi previsti dall'art. 17 del Regolamento, tra cui, a titolo esemplificativo, qualora i Dati Personali non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o altrimenti trattati o qualora il consenso su cui si basa il trattamento dei Suoi Dati Personali è stato da Lei revocato e non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento.

La informiamo che la Società non potrà procedere alla cancellazione dei Suoi Dati Personali: qualora il loro trattamento sia necessario, ad esempio, per l'adempimento di un obbligo di legge, per motivi di interesse pubblico, per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria.

## **4. Diritto di limitazione di trattamento**

Lei potrà ottenere la limitazione del trattamento dei Suoi Dati Personali qualora ricorra una delle ipotesi previste dall'art. 18 del Regolamento, tra le quali, ad esempio: a fronte di una Sua contestazione circa l'esattezza dei Suoi Dati Personali oggetto di trattamento o qualora i Suoi Dati Personali le siano necessari per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria, benché la Società non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento.

## **5. Diritto alla portabilità dei dati**

Qualora il trattamento dei Suoi Dati Personali si basi sul consenso o sia necessario per l'esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali e il trattamento sia effettuato con mezzi automatizzati, Lei potrà:

- richiedere di ricevere i Dati Personali da Lei forniti in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico (esempio: computer e/o tablet);
- trasmettere i Suoi Dati Personali ricevuti ad un altro soggetto Titolare del trattamento senza impedimenti da parte della Società.

Potrà inoltre richiedere che i Suoi Dati Personali vengano trasmessi dalla Società direttamente ad un altro soggetto titolare del trattamento da Lei indicato, se ciò sia tecnicamente fattibile per la Società. In questo caso, sarà Sua cura fornirci tutti gli estremi esatti del nuovo titolare del trattamento a cui intenda trasferire i Suoi Dati Personali, fornendoci apposita autorizzazione scritta.

## **6. Diritto di opposizione**

Lei potrà opporsi in qualsiasi momento al trattamento dei Suoi Dati Personali qualora il trattamento venga effettuato per l'esecuzione di un'attività di interesse pubblico o per il perseguimento di un interesse legittimo del Titolare (compresa l'attività di profilazione).

Qualora Lei decidesse di esercitare il diritto di opposizione qui descritto, la Società si asterrà dal trattare ulteriormente i Suoi dati personali, a meno che non vi siano motivi legittimi per procedere al trattamento (motivi prevalenti sugli interessi, sui diritti e sulle libertà dell'interessato), oppure il trattamento sia necessario per l'accertamento, l'esercizio o la difesa in giudizio di un diritto.

## **7. Diritto di proporre un reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali**

Fatto salvo il Suo diritto di ricorrere in ogni altra sede amministrativa o giurisdizionale, qualora ritenesse che il trattamento dei Suoi Dati Personali da parte del Titolare avvenga in violazione del Regolamento e/o della normativa applicabile potrà proporre reclamo all'Autorità Garante per la Protezione dei dati personali competente.

## **SEZIONE 8 – TRATTAMENTO DI CATEGORIE PARTICOLARI DI DATI PERSONALI**

In relazione al trattamento delle categorie particolari di dati personali (tra cui dati relativi allo stato di salute e alla prestazione sanitaria ricevuta), utilizzati esclusivamente per l'attività assicurativa e liquidativa che la riguarda (es. lavorazione delle richieste di rimborso dei controlli sanitari effettuati), è richiesta una manifestazione esplicita di consenso, fatti salvi gli specifici casi previsti dal Regolamento che consentono il trattamento di tali Dati Personali anche in assenza di consenso.

---

<sup>i</sup> Ultimo aggiornamento 22 gennaio 2021

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.  
*Sede Legale e Direzione Generale:*  
Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)  
Tel. +39 041 2518798  
[comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com)

---

INTESA SANPAOLO RBM SALUTE S.p.A.  
**Capitale Sociale** € 305.208.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F. e n. Iscrizione Registro Imprese di Venezia - Rovigo 05796440963,  
Partita Iva 11991500015, **Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).**

# 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: PRIMO SRL

Data di realizzazione 06/2024

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.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com);

e-mail: [info@intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:info@intesasanpaolorbmsalute.com); pec: [comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com](mailto:comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.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 2023

Patrimonio netto: 573.444.777 euro, di cui capitale sociale 305.208.000 euro.

Totale delle riserve patrimoniali: 217.567.383 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.intesasanpaolorbmsalute.com](http://www.intesasanpaolorbmsalute.com) (sezione Informazioni Societarie).

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

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 283.590.840 euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 70.897.710 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 517.429.044 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 474.890.418 euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 182%

Al contratto si applica la legge italiana.



## Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP; 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) Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) Infortuni conseguenti a alcolismo e tossicodipendenza;
- 3) Infortuni, patologie e intossicazioni conseguenti ad uso non cronico di sostanze alcoliche, di psicofarmaci, di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;

	<p>4) Infortuni che derivano 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 che comportano l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain biking e "downhill";</p> <p>5) Infortuni derivanti dallo svolgimento di Sport professionistico o dalla partecipazione a gare professionistiche, e relative prove e allenamenti;</p> <p>6) 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;</p> <p>7) conseguenze dirette o indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;</p> <p>8) conseguenze di terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;</p> <p>9) prestazioni in conseguenza di patologie mentali e del comportamento (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc..) compresi nella Classificazione Internazionale delle Malattie a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in vigore al momento del sinistro;</p> <p>10) prestazioni, cure e interventi dentari, paradentari, ortodontici, protesi dentarie e trattamenti odontostomatologici, salvo quanto previsto al paragrafo A) Prestazioni odontoiatriche da Infortunio;</p> <p>11) prestazioni, cure e interventi per conseguenze o complicanze di Infortuni non indennizzabili ai sensi del Contratto;</p> <p>12) Ricoveri in Lungodegenza;</p> <p>13) spese sostenute in strutture non autorizzate dalla legge o gli onorari di medici non iscritti all'albo professionale o privi di abilitazione professionale;</p> <p>14) Ricoveri impropri;</p> <p>15) Infortuni occorsi prima della decorrenza della copertura, le relative conseguenze e complicanze.</p>
--	---



### Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto a Intesa Sanpaolo RBM Salute se stipula o ha stipulato 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 le diverse opzioni. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per sinistro.

Garanzie	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
<b>A) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA INFORTUNIO</b>	
Massimale annuo	10.000 euro per Assicurato
Condizioni:	
- Assistenza diretta	Nessuna Franchigia/Scoperto
- Regime rimborsuale (solo nel caso di cessazione del convenzionamento tra Previmedical e le strutture di Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate)	Nessuna Franchigia/Scoperto
<b>B) INDENNITA' DA RICOVERO PER INFORTUNIO</b>	
Indennità	50 euro al giorno Massimo 30 giorni all'anno
<b>C) ALTRE GARANZIE</b>	
1. Trasporto sanitario	
Massimale annuo	5.000 euro per Assicurato
Condizioni:	
- Assistenza diretta	Nessuna Franchigia/Scoperto
2. Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura	Previsto

 <b>Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?</b>	
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 richiesta di indennizzo.
	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 all'indennizzo e può cessare l'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile).
Obblighi dell'impresa	Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - 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. b) Regime rimborsuale - mettere in pagamento l'indennizzo (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

 <b>Quando e come devo pagare?</b>	
Premio	Pur annuo e indivisibile, deve essere pagato in anticipo, come riportato sul certificato di polizza. 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.
Rimborso	Non è previsto il rimborso del premio

 <b>Quando comincia la copertura e quando finisce?</b>	
Durata	L'assicurazione dura 18 mesi e ha effetto: - dalle ore 00 del giorno 01/07/2024 se il premio è stato pagato; - altrimenti dalle ore 00 del giorno dopo il pagamento. La copertura scade alle ore 24 del 31/12/2025. Non è previsto il tacito rinnovo. La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie

 <b>Come posso disdire la polizza?</b>	
Ripensamento dopo la stipulazione	Dopo la stipula il contraente non può recedere.

Risoluzione	Oltre quelli previsti dalla legge, non sono previsti casi, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.
-------------	---

 <b>A chi è rivolto questo prodotto?</b>
A persone fisiche che, nel corso della vigenza contrattuale, hanno sottoscritto la "CARD PRIMO" o la "CARD CARENENT" rilasciate dalle strutture Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate.

 <b>Quali costi devo sostenere?</b>
Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del Contraente.

### COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<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"> <li>- compilando on line il modulo (<a href="https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html">https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html</a>)</li> <li>- 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)</li> <li>- per fax: 0110932609</li> <li>- per mail: <a href="mailto:reclami@intesasanpaolorbmsalute.com">reclami@intesasanpaolorbmsalute.com</a></li> <li>- a mezzo pec: <a href="mailto:reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com">reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</a></li> </ul> <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"> <li>- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato</li> <li>- 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</li> <li>- numero di pratica</li> <li>- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.</li> </ul> <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>
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>

#### PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

<b>Mediazione</b>	<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 <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (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 mail: <a href="mailto:reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com">reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</a></p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<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	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.
--	--

**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.**

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: PRIMO SRL

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

Che tipo di assicurazione è?

La copertura riconosce le spese sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni odontoiatriche, ospedaliere, trasporto sanitario e altre garanzie.



#### Che cosa è assicurato?

- Intesa Sanpaolo RBM Salute riconosce:
- ✓ le spese mediche sostenute in caso di infortunio che pregiudichi il risultato di una prestazione precedentemente eseguita presso una struttura di Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate
  - ✓ un'indennità giornaliera in caso di ricovero ospedaliero conseguente a infortunio;
  - ✓ le spese per il trasporto sanitario;
  - ✓ servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli Istituti di Cura

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



#### Che cosa non è assicurato?

- ✗ Le persone di età inferiore a 18 anni
- ✗ La copertura assicurativa non opera anche in altri casi, come per esempio:
  - gli infortuni derivanti dalla pratica di alcuni sport (tra cui bob e rugby) e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti
  - gli infortuni conseguenti a alcolismo e tossicodipendenza
  - Infortuni occorsi prima della decorrenza della copertura, le relative conseguenze e complicanze



#### Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura non prevede franchigie e scoperti specifici.



### Dove vale la copertura?

- ✓ Vale per il Mondo intero. I danni sono liquidati in Italia, in euro. Per le spese sostenute dall'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?

- Quando sottoscrive il contratto, il Contraente deve fare dichiarazioni precise, complete e non reticenti sul rischio da assicurare. Se non rispetta questo obbligo, 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 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 Modulo CID (constatazione amichevole) o la denuncia inviata alla propria Compagnia o a quella del soggetto terzo responsabile dell'incidente
- L'Assicurato deve utilizzare sempre una struttura convenzionata o un odontoiatra convenzionato, salvo nel caso di cessazione del convenzionamento tra Previmedical e le strutture di Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate.



### Quando e come devo pagare?

- Il premio è annuo e indivisibile e deve essere pagato in anticipo come riportato sul certificato di polizza.
- Il Contraente deve pagare il premio a Intesa Sanpaolo RBM Salute con bonifico bancario.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura dura 18 mesi; decorre dalle ore 00.00 del 01/07/2024 se il premio è stato pagato; altrimenti dalle ore 00 del giorno dopo il pagamento; scade alle ore 24.00 del 31/12/2025.
- Non è previsto il tacito rinnovo.
- Con riferimento ai singoli Titolari, l'Assicurazione ha effetto dal primo giorno del mese successivo a quello di rilascio della "CARD PRIMO" o della "CARD CAREMENT" da parte delle strutture Primo S.r.l., Caredent Italia S.p.A. e rispettive società controllate e/o affiliate.
- La copertura per il Titolare avrà durata annuale senza tacito rinnovo.



### Come posso disdire la polizza?

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

## SIDE LETTER alle Condizioni di Assicurazione FI3058-06/2024

Contraente	PRIMO SRL
Data effetto	01/07/2024

Il presente documento è parte integrante ed essenziale delle Condizioni di Assicurazione FI3058-06/2024 (nel seguito "Condizioni di Assicurazione"). Esso contiene clausole che disciplinano aspetti del rapporto assicurativo di esclusivo interesse del Contraente della polizza collettiva, che per ragioni di riservatezza non sono state riportate direttamente nel documento contenente le Condizioni di Assicurazione.

### Art 1. Valore premio

Livelli di premio: 11,00 euro annui per Assicurato

### Art 2. Livelli di servizio minimi garantiti

#### 2.1. Livelli minimi di servizio

La tabella riassume i livelli di servizio garantiti al Contraente

ATTIVITÀ	TEMPI MASSIMI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ
AREA DI SERVIZIO RIMBORSI	
Messa in pagamento del rimborso (cioè data conclusione della pratica e non di accredito)	20 giorni lavorativi
Messa in pagamento del rimborso (cioè data conclusione della pratica e non di accredito) in caso di sospensione della pratica per richiesta di integrazione documentale	25 giorni lavorativi
AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA	
Messaggio benvenuto call center	entro 1 secondo
Tempo di risposta call center/centrale operativa	90% entro 90 secondi
Tempo di risposta call center/centrale operativa mailing	entro 7 giorni Lavorativi
Richiamata per abbandono dovuto al protrarsi dei tempi di attesa (nel caso di richiesta del call back tramite IVR) <sup>1</sup>	3 giorni lavorativi
Rilascio Voucher Salute	entro 7 giorni lavorativi dalla richiesta di autorizzazione completa
AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY	
Ricostruzione dati e procedure (sito remoto)	entro 24 h solari
Piena ripresa funzionalità	entro 72 h solari

<sup>1</sup> Nel caso in cui l'assicurato contatti il call center/la centrale Operativa e, trovando gli operatori occupati, esprima la volontà di essere richiamato.

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.