

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Salute Al Sicuro

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

Che tipo di assicurazione è?

La copertura prevede, a seconda del livello di protezione prescelto (Base, Alta e Totale), in caso di intervento chirurgico in Istituto di cura, a seguito di infortunio o malattia, il pagamento di un indennizzo predefinito per ciascuna classe di intervento.



Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese*:

- ✓ Indennizzi predefiniti in caso di ricovero con intervento compresi Day Surgery, Day Hospital e Intervento Ambulatoriale: la Società rimborsa un indennizzo predefinito in relazione alla tipologia di intervento.
- ✓ Indennità in caso di ricovero senza intervento compreso il Day Hospital: la Società corrisponde un’indennità per far fronte alle necessità di recupero a seguito della malattia, dell’infortunio e del parto, al fine di favorire l’autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.
- ✓ Indennità da convalescenza da infortunio (garanzia opzionale): la Società, in caso di convalescenza successiva ad uno o più ricoveri dal medesimo infortunio, corrisponde un indennità per ogni giorno di giustificata convalescenza.
- ✓ Indennità da gesso da infortunio (garanzia opzionale): la Società, in caso di infortunio, corrisponde un’indennità giornaliera in caso di gessatura.
- ✓ Indennità extra da infortunio (garanzia opzionale): la Società corrisponde un indennità giornaliera di ricovero avvenuta a seguito di infortunio, che abbia comportato un intervento chirurgico dovuto esclusivamente ad una frattura.
- ✓ Servizio di consulenza medica, informazioni sanitarie e ricerca degli istituti di cura.
- ✓ Servizio di guardia medica permanente.
- ✓ Second opinion.
- ✓ Tutoring.
- ✓ Servizio card.

*Le garanzie si riferiscono al livello di Protezione Totale.

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



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV;
- ✗ Gli infortuni e le malattie preesistenti alla stipula della polizza.
- ✗ Le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.
- ✗ Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni.
- ✗ Si segnala inoltre la presenza di una serie di casi in cui la copertura assicurativa non opera. Sono ad esempio esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di alcuni sport (tra cui bob e rugby) e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti, nonché gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni. Sono altresì escluse le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui l’interruzione volontaria di gravidanza) oppure dovute a cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza. Si ribadisce che tale descrizione dei rischi esclusi è di tipo meramente sintetico e non comprende tutte le casistiche di esclusione previste dalla polizza.



Ci sono limiti di copertura?

- ! La polizza non prevede franchigie e scoperti.
- ! La polizza prevede periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attiva la copertura assicurativa e pertanto non possono essere rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute. Per periodo di carenza si intende il periodo di tempo in cui, pur essendo stata attivata la copertura assicurativa, non è riconosciuto alcun indennizzo.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per il Mondo intero, con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto in Euro. Per le spese sostenute all'estero, i pagamenti degli indennizzi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la stata spesa è sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE (Banca Centrale Europea).



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione della copertura.
- Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente/Assistito alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
- Qualora l'assistito intenda utilizzare Strutture Convenzionate RBM Salute ha sempre l'obbligo di accedervi contattando preventivamente la Centrale Operativa.
- Per ottenere la liquidazione dei sinistri, è necessario presentare la documentazione medica completa di diagnosi intestata all'Assistito.



Quando e come devo pagare?

- Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società mediante una delle seguenti modalità di pagamento:
 - a) carta di credito;
 - b) addebito automatico sul conto corrente del Contraente (modalità SDD).
- Il premio dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato, oppure mediante pagamento mensile



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto di assicurazione, a seconda della scelta manifestata dal Contraente ha una durata di:
 - a) 1 anno, oppure
 - b) 3 anni, oppure
 - c) 5 anni,a partire dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio.
- In caso di mancanza di disdetta alla scadenza, l'assicurazione si intende tacitamente prorogata per un anno e così successivamente, tranne nel caso di contratti di durata pluriennale per i quali l'assicurazione è prorogata per due anni e così successivamente.



Come posso disdire la polizza?

- Il Contraente ha la facoltà di disdire il contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza della polizza.
- Il Contraente nel caso di conclusione del contratto a distanza ha la facoltà di esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla sottoscrizione del contratto, secondo quanto previsto dall'art. 67 duodecies del Codice del Consumo. Il diritto di ripensamento dovrà essere esercitato tramite invio di raccomandata A/R.