



UILM
Cuneo
UNIONE ITALIANA LAVORATORI
METALMECCANICI

Metasalute Piano Base 2024 / 2026





**INTESA SANPAOLO
RBM SALUTE**

Copertura Sanitaria

Fondo Metasalute - Convenzione n. 100895

per i **Lavoratori aderenti al Fondo**

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

MODELLO FI 2751

Edizione 01/2024

Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.

SOMMARIO

Condizioni di Assicurazione da pag. 1 a pag. 233

SEZIONE I

- **Glossario** da pag.1
- **Capitolo I – Norme che regolano la convenzione** - da pag. 9
- **Capitolo II – Norme che regolano il contratto in generale** - da pag. 17

SEZIONE II

- **Capitolo I – Prestazioni assicurate** - da pag. 20
- **Capitolo II – Esclusioni e delimitazioni** - da pag. 215
- **Capitolo III - Liquidazione dell'indennizzo** - da pag. 216

SEZIONE III

- **Capitolo I – Servizi aggiuntivi previsti per tutti i piani sanitari**

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)
- Elenco Grandi Interventi Chirurgici

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 norme che regolano la Convenzione e 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 delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Anagrafica: file digitale contenente il censimento dei soggetti Assicurati.

Assicurato: chi è protetto dall'assicurazione, cioè i lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute e il loro Nucleo familiare (a carico e non) secondo quanto previsto dalle CDA.

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

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

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

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme da pagare alle Strutture del Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Assistenza diretta domiciliare: regime per cui l'Assicurato

- attiva la Centrale Operativa
- riceve le prestazioni a domicilio da medici/professionisti convenzionati con il Network.

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga direttamente il Network per le prestazioni in copertura; 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 dalle CDA.

Assistenza infermieristica: assistenza offerta da personale fornito di specifico diploma.

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

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

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

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

Chirurgia bariatrica ("chirurgia dell'obesità"): interventi chirurgici per ridurre l'assunzione di cibo diminuendo la capacità gastrica (interventi "restrittivi") o la capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi "malassorbitivi").

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

Contraente: Fondo Metasalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584, che stipula l'Assicurazione nell'interesse altrui e che è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital/Day Surgery: ricovero senza pernottamento in Istituto di cura, per terapie mediche di durata limitata (Day Hospital) o prestazioni chirurgiche (Day Surgery), documentate da Cartella clinica. È Day Hospital anche il Regime MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa).

Non è Day Hospital la permanenza al Pronto Soccorso.

Difetto fisico: alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata:

- acquisita, cioè risultato di un precedente processo morboso o di una lesione traumatica, o
- che deriva da anomalia congenita.

Domicilio: luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere:** prestazioni effettuate in regime di ricovero ordinario o in regime di Day Hospital o in regime di Day Surgery, annotate su cartella clinica, e prestazioni

effettuate in regime ambulatoriale nei giorni antecedenti e successivi al ricovero in nesso di causa con la patologia che ha generato il ricovero.

- **Data evento:** la data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, la data dell'intervento chirurgico in regime ambulatoriale o di day surgery.

- **Interventi chirurgici ambulatoriali/ Interventi chirurgici odontoiatrici:** prestazioni chirurgiche effettuate in regime ambulatoriale

Data evento: quella dell'intervento chirurgico in ambulatorio.

- **Prestazioni extra-ricovero/assistenza specialistica ambulatoriale:** accertamenti, visite ed esami

Data evento: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria

- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.

Data evento: data di esecuzione della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.

- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.

Data evento: data di esecuzione della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.

Franchigia: importo fisso che rimane a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

Fondo: Fondo Metasalute, Viale dell'Industria 92 - Corpo C – 00144 Roma (RM), C.F. 97678500584; ha finalità assistenziale ed è abilitato¹ a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

Indennità sostitutiva: indennità forfettaria giornaliera erogata per le necessità legate al recupero conseguente a ricoveri che non comportano spese sanitarie a carico dell'Assicurato, durante il ricovero o per prestazioni ad esso correlate (pre e post, fatta eccezione per eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari)

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

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che ha per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche constatate in modo obiettivo e documentate con certificato di Pronto Soccorso redatto entro 7 giorni dall'infortunio.

Intervento ambulatoriale: intervento di piccola chirurgia senza ricovero, effettuato in ambulatorio o studio medico chirurgico.

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

Le biopsie eventualmente effettuate nelle endoscopie non sono intervento chirurgico.

Intervento chirurgico concomitante: ogni procedura chirurgica effettuata durante l'intervento principale.

¹ Art. 51 "Determinazione del reddito di lavoro dipendente" del D.P.R. n. 917/1986.

Intramoenia: prestazioni sanitarie, a pagamento, di medici o di équipe medica dipendenti di una struttura sanitaria pubblica

- o fuori dall'orario di lavoro
- o in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero
- o per scelta del paziente.

Possono essere svolte nella struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) o in altre strutture sanitarie pubbliche o private con le quali la struttura di appartenenza del medico è convenzionata (fuori sede).

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

Non sono istituto di cura:

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

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

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata.

Consente l'erogazione di prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative che non comportano il ricovero ordinario e che per loro natura o complessità richiedono assistenza medica e infermieristica continua, non possibile in ambulatorio.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: le patologie mentali (per esempio: psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) comprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM dell'OMS²).

Massimale: importo massimo indennizzabile, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia. Se non indicato in modo diverso, è applicato per nucleo familiare.

Medicina Alternativa o Complementare: pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura, fitoterapia, medicina ayurvedica, medicina antroposofica, medicina omeopatica, medicina tradizionale cinese, omotossicologia, osteopatia, chiropratica.

MMG: Medico di Medicina Generale (comunemente noto come Medico di Base).

² Si può leggere nel sito del Ministero della Salute (www.salute.gov.it).

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da ospedali, istituti a carattere scientifico, case di cura, centri diagnostici, poliambulatori, laboratori, centri fisioterapici, medici specialisti e odontoiatri, per offrire prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata - Assicurazione del sito internet www.fondometasalute.it o nell'App mobile.

Nucleo familiare a carico: oltre al titolare lavoratore:

- 1) i soggetti di cui all'art. 12, lett. a) e c) del DPR. n. 917/1986, ossia
 - il coniuge fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili³) non legalmente ed effettivamente separato;
 - i figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) sino al compimento del 26° anno di età, con eccezione dei figli con disabilità per i quali non ci sono limiti di età. In tale ambito, per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).
- 2) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1).

I soggetti di cui ai precedenti punti non devono possedere un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) superiore a euro 2.840, 51 (DPR. n. 917/1986, punto n. 2) ed euro 4.000,00 per i figli di età inferiore ai 24 anni (Legge n. 205 del 2017, commi 252 e 253), o quello pro tempore vigente.

Nucleo familiare non a carico:

- a) il coniuge non fiscalmente a carico del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili⁴) non legalmente ed effettivamente separato;
- b) i conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (commi 36-65 dell'Art. 1);
- c) i figli fiscalmente a carico dal giorno successivo al compimento del 26 anno di età;
- d) i figli fiscalmente non a carico purchè conviventi;
- e) figli non fiscalmente a carico non conviventi affidati con sentenza di separazione/divorzio dall'ex coniuge;

Optometrista: professionista laureato in Optometria, che analizza con metodi oggettivi o soggettivi strumentali lo stato refrattivo degli occhi, per determinare la migliore prescrizione e la migliore soluzione ottica.

Ortesi: dispositivo esterno utilizzato al fine di modificare le caratteristiche strutturali o funzionali dell'apparato neuro-muscolo-scheletrico.

Pandemia: epidemia la cui diffusione interessa intere collettività in più aree geografiche del mondo. Il suo stato di esistenza è determinato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Polizza: contratto di assicurazione.

³ Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

⁴ Legge 76/2016, c.d. legge Cirinnà, che istituisce e regola le unioni civili tra persone dello stesso sesso e le convivenze di fatto tra etero e omosessuali.

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

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: strumento o manufatto che sostiene, supplisce, aumenta o migliora una funzione insufficiente o compromessa di parti anatomiche (per esempio: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.).

Protesi/ausilio medico acustico (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosi, con carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi/ausilio medico ortopedico: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.

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.

Costituisce parte integrante della Polizza.

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

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

Regime rimborsuale: regime per cui Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e che non rientrano nel Network, alle condizioni e nei limiti stabiliti nelle CDA.

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

N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.

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

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

Rimborso: la somma che Intesa Sanpaolo RBM Salute deve in caso di sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

Scoperto: percentuale delle spese a carico dell'Assicurato. Se non è indicato in modo diverso, si applica per evento.

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

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

S.S.N.: Servizio Sanitario nazionale.

Sub-massimale: importo massimo indennizzabile, per specifiche prestazioni, per ciascun anno assicurativo e per singola garanzia, nell'ambito del massimale previsto. Se non indicato in modo diverso, è applicato per nucleo familiare.

Per ricoveri con intervento chirurgico **comprende anche eventuali Interventi chirurgici concomitanti.**

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

Test genetici prenatali non invasivi: test eseguiti sul DNA libero fetale circolante nel sangue materno per rilevare la presenza di aneuploidie (cioè alterazioni del numero normale di cromosomi) nel feto.

Titolare: caponucleo dipendente di azienda iscritta al Fondo.

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza

Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995(fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)

Una tantum: una volta sola nel triennio 2024-2026.

Utilizzo del S.S.N.: quando l'Assicurato paga un ticket per la prestazione sanitaria ricevuta nell'ambito del S.S.N.

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO I – NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Premesso che

- A seguito di procedura di invito ad offrire promossa dal Fondo Metasalute in data 15.03.2023 finalizzata all'individuazione del proprio gestore assicurativo per la copertura dei Piani Sanitari validi per il triennio 2024-2026 e dei successivi accordi tra le parti, è stata selezionata la Compagnia in coassicurazione con Allianz S.p.A., Società Reale Mutua di Assicurazioni, Poste Assicura S.p.A. e Poste Vita S.p.A.;
- ISPRBM riveste il ruolo di c.d. impresa "Incaricata" e, cioè, l'impresa di assicurazione che, su incarico del Contraente, con il consenso delle altre compagnie coassicuratrici, provvede all'emissione e alla gestione del presente contratto di assicurazione - Convenzione assicurativa n. 100895 (nel seguito la "Convenzione");
- la presente Convenzione ha efficacia triennale a decorrere dalle ore 00.00 del 01.01.2024 e cessazione alle ore 24.00 del 31.12.2026.

Art. 1. Oggetto, durata della Convenzione e recesso, coassicurazione

1.1 Oggetto della Convenzione

Oggetto di questa Convenzione è l'assicurazione per il rimborso delle spese sostenute in conseguenza di infortunio o malattia dagli Iscritti a Metasalute assicurati dalla presente Convenzione, nei modi e nei limiti di seguito descritti.

Metasalute è il Fondo Nazionale di Categoria di Assistenza Sanitaria Integrativa, costituito in forma di associazione non riconosciuta, che opera nel mondo non profit a favore dei lavoratori del settore metalmeccanico e dell'installazione di impianti.

Il Fondo Metasalute, nell'esercizio della sua attività istituzionale, individua e struttura in proprio – nell'interesse degli iscritti – soluzioni sanitarie integrative, ritenute adeguate a soddisfare le esigenze della platea di riferimento.

Il Fondo Metasalute stipula, in veste di Contraente, la presente convenzione assicurativa per garantire ai lavoratori iscritti ed al relativo nucleo familiare, nei modi e nei termini che seguono, le coperture previste dai Piani Sanitari.

Tramite l'intervento di Intesa Sanpaolo RBM Salute, i lavoratori iscritti al Fondo – oltre a essere destinatari primari di soluzioni sanitarie integrative no profit - beneficiano dell'intervento assicurativo della compagnia che garantisce l'effettiva erogazione in forma assicurativa delle prestazioni di rimborso spese per infortunio e malattia oggetto dei predetti Piani Sanitari.

1.2. Durata e recesso

La Convenzione ha efficacia triennale a decorrere dalle ore 00.00 del giorno 01.01.2024 fino alle ore 24.00 del 31.12.2026, e non prevede la possibilità di rinnovo tacito.

Il Contraente e la Compagnia, quest'ultima anche nell'interesse delle altre imprese coassicuratrici, hanno facoltà di recedere dalla Convenzione, con effetto dalle 00.00 del 01.01.2025 ovvero dalle 00.00 del 01.01.2026. Il recesso, a pena di decadenza, dovrà essere comunicato per iscritto a tutte le altre parti della Convenzione mediante raccomandata A.R. o PEC entro il 01.07 dell'anno antecedente all'efficacia del recesso stesso.

A seguito del recesso la Convenzione cessa per tutte le parti.

Il recesso dalla Convenzione comporterà automaticamente anche il recesso da eventuali altri accordi alla stessa collegati.

In ogni caso, al fine del rispetto dei termini di preavviso farà fede la data di consegna all'ufficio postale della raccomandata A.R. oppure la data di trasmissione della PEC.

Art. 1.3. Ripartizione dell'assicurazione e incarico

L'assicurazione di cui alla Convenzione è ripartita per quote tra Intesa Sanpaolo RBM Salute Allianz S.p.A., Società Reale Mutua di Assicurazioni, Poste Assicura S.p.A. e Poste Vita S.p.A (nel seguito le "Coassicuratrici). Ciascuna di esse è tenuta alla prestazione in proporzione della rispettiva quota quale risulta dal successivo art. 1.4.

In deroga alla previsione di cui all'articolo 1911 c.c., la coassicurazione opererà tra le Coassicuratrici il regime di solidarietà, in forza del quale ciascuna delle Coassicuratrici in via solidale, sarà comunque tenuta a rispondere nei confronti del Fondo e degli assicurati, di tutti gli obblighi derivanti dalla Convenzione.

Tutte le comunicazioni inerenti alla Convenzione, fatta eccezione per quanto previsto dal precedente art. 1.2. in merito al recesso, devono trasmettersi dall'una all'altra parte unicamente per il tramite di Intesa Sanpaolo RBM Salute incaricata dal Contraente, all'uopo designata quale "Coassicuratrice Incaricata". Ogni comunicazione fatta o ricevuta dalla Coassicuratrice Incaricata, si intende valida anche per tutte le altre Coassicuratrici. L'incarico conferito alla Compagnia è efficace per tutta la durata della Convenzione. Le altre Coassicuratrici saranno tenute a riconoscere come validi ed efficaci anche nei propri confronti tutti gli atti di ordinaria gestione compiuti dalla Coassicuratrice Incaricata, per la gestione della Convenzione, l'istruzione dei sinistri e la quantificazione dei danni indennizzabili, in virtù delle facoltà concesse alla Coassicuratrice Incaricata in sede di consenso al conferimento dell'incarico da parte del Contraente, ivi compresa quella di incaricare, previo consenso delle Coassicuratrici, esperti (periti, medici, consulenti, etc). La Coassicuratrice Incaricata provvede alla riscossione dei premi o degli importi comunque dovuti dal Contraente in dipendenza della Convenzione, contro rilascio delle relative quietanze e, ove necessario, del certificato di assicurazione. Ogni modifica della Convenzione che richieda una stipulazione scritta, impegna il Contraente e le Coassicuratrici solo dopo la firma dell'atto relativo.

1.4. Quote di coassicurazione

Il rischio assicurativo tra le Coassicuratrici è ripartito secondo le seguenti quote:

- Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A.: 55 %
- Allianz S.p.A.: 5 %
- Poste Assicura S.p.A.: 10 %
- Società Reale Mutua di Assicurazioni: 20 %
- Poste Vita S.p.A.: 10%

Art. 1.5 Assicurazione per conto altrui

In ragione della natura di contratto assicurativo per conto altrui della presente copertura assicurativa e della peculiarità dei rapporti sanitari integrativi sottostanti, ove non diversamente regolato nelle CDA, le Parti convengono quanto segue:

- il Fondo Metasalute, nella sua veste di Contraente, comunica alla Compagnia i nominativi e i riferimenti dei soggetti da assicurare, essendo questi lavoratori iscritti al Fondo

medesimo. Il Fondo comunica altresì i nominativi e i riferimenti dei soggetti da considerare quali componenti del nucleo familiare del lavoratore iscritto, siano essi a carico o meno;

- in caso di ritenuta incongruenza delle informazioni ricevute dal Fondo Metasalute con riguardo al diritto del soggetto ad essere assicurato (ovvero ad essere classificato come familiare del lavoratore), la Compagnia opererà le verifiche per il tramite del Fondo Metasalute fornendo gli elementi ritenuti necessari affinché il Fondo medesimo effettui le opportune indagini e proceda alle eventuali comunicazioni di rettifica;

- resta invece direttamente in capo alla Compagnia ogni indagine in merito alla sussistenza del diritto di indennizzo, e relativa quantificazione, spettante all'Assicurato in caso di sinistro, prendendo l'Impresa contatto diretto con il singolo Assicurato. Resta comunque fermo il diritto del Fondo Metasalute di ricevere puntuali informazioni circa la gestione delle singole pratiche di liquidazione, secondo le modalità che saranno convenute tra Fondo e Compagnia.

Art. 2. Persone assicurabili

2.1. Persone assicurabili

I Lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute.

I predetti Lavoratori aderiscono in forma collettiva e obbligatoria alla presente Convenzione.

Inclusione/estensione della copertura assicurativa al Nucleo familiare del Lavoratore dipendente

a.1.) Inclusione dei familiari a carico nel Piano Sanitario del Titolare

I familiari a carico identificati nella definizione di "Nucleo familiare" si intendono gratuitamente inclusi nel Piano Sanitario del Titolare, con massimali delle garanzie condivisi.

a.2.) Estensione del Piano Sanitario per i familiari non a carico

È data inoltre facoltà al dipendente di estendere la copertura assicurativa, su base volontaria e a fronte del pagamento del relativo premio, ai componenti del nucleo familiare non a carico come identificati nella definizione di "Nucleo familiare non a carico", con massimali autonomi.

L'estensione o l'attivazione della copertura assicurativa in favore dei familiari potrà in ogni caso avvenire con riferimento alla medesima tipologia di Piano Sanitario del Titolare o, in alternativa, con esclusivo riferimento al Piano Base, in ogni caso con massimali autonomi.

Al momento della propria adesione o nei casi in cui sia consentito dal Fondo Metasalute, ogni componente del Nucleo familiare non a carico potrà unicamente esprimere la scelta di massimali autonomi.

Il diritto all'inclusione o all'estensione della copertura assicurativa ai componenti rispettivamente del nucleo familiare a carico e non, permane finché sussiste l'iscrizione al Fondo del lavoratore dipendente, ferme rimanendo le condizioni di permanenza in copertura previste nella presente Convenzione.

Con riferimento ai componenti del Nucleo familiare non a carico, nel caso in cui non venga manifestata la volontà di aderire al Fondo secondo le tempistiche regolamentari previste, e di conseguenza alla copertura assicurativa di cui alla presente Convenzione, la facoltà di iscrizione sarà esercitabile esclusivamente se trascorsi 3 anni dall'ultima adesione al Fondo.

Residenza degli assicurati

Sono assicurabili i lavoratori residenti in Italia e pure i transfrontalieri residenti all'estero se domiciliati presso Azienda avente sede in Italia.

Rientrano nelle definizioni di "Nucleo familiare" e "Nucleo familiare non a carico" i familiari del lavoratore titolare se sono anagraficamente residenti in Italia.

È garantita la copertura ai familiari che rientrano nella definizione di Nucleo familiare a carico **anche se residenti all'estero (purchè domiciliati in Italia)**; in tal caso, ove prevista dai Piani Sanitari, non si applica la seguente clausola: "In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta", intendendosi per provincia anche un territorio locale estero.

Art. 3. Premio

Art. 3 A) Premio relativo al dipendente e ai componenti del Nucleo familiare a carico con massimali condivisi

3.A1 Il premio annuo è comprensivo di imposte: 2,50%

3.A2 Il premio riferito al lavoratore ricomprende anche i suoi familiari a carico.

3.A3 Il premio, frazionato nel suo valore in dodici mensilità, è pagato dal Fondo su base mensile alle scadenze per ciascun lavoratore iscritto (e ricomprende gli eventuali componenti del suo Nucleo familiare a carico) dalla data di richiesta di inclusione in garanzia ai sensi dell'art. 4.1.1 e sino alla sua cessazione dalla copertura assicurativa.

3.A4 L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese di cessazione dalla copertura del lavoratore e la cessazione, con relativa cessazione di obbligo di pagamento del premio, si estende ai componenti del suo Nucleo familiare a carico. Si applica quanto previsto dall'articolo 4.4.

Art. 3B) Premio aggiuntivo relativo al dipendente e ai componenti del "Nucleo familiare non a carico"

Il premio aggiuntivo relativo ai componenti del "Nucleo familiare non fiscalmente a carico" è sempre annuale.

Art. 4. Inclusione, esclusione e variazione in corso d'anno delle persone assicurate

4.1 Inclusione ed esclusione di dipendenti

Le inclusioni e le esclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo RBM Salute entro i termini e con le modalità concordate nell'Art.3 tra il Fondo e Intesa Sanpaolo RBM Salute.

4.1.1 Inclusione di dipendenti

I lavoratori già iscritti al Fondo Metasalute e assicurati da Intesa Sanpaolo RBM Salute prima della data di decorrenza della presente Convenzione continuano a essere destinatari della copertura assicurativa senza soluzione di continuità rispetto alla precedente Convenzione.

La data di efficacia e di cessazione della copertura assicurativa coincide con quella di efficacia e cessazione del diritto del lavoratore di usufruire del Piano Sanitario Metasalute. Conseguentemente, la richiesta di inclusione ed esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa è formulata dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, attraverso le modalità di cui all'art. 4.1

4.2 Inclusione dei componenti del Nucleo familiare

4.2.1 Inclusione dei componenti del "Nucleo familiare a carico"

La copertura decorre dal primo giorno del mese successivo alla registrazione del familiare effettuata dal Titolare caponucleo attraverso la piattaforma web resa disponibile dal Fondo. Resta inteso che il Titolare caponucleo deve essere già assicurato dalla presente Convenzione nei modi e nei termini di cui al precedente punto 4.1.1.

I figli di genitori, entrambi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo Metasalute, coniugati, uniti civilmente o conviventi di fatto, devono essere inseriti in copertura solo nel nucleo di uno dei due genitori.

I figli di dipendenti di Aziende iscritte al Fondo non possono essere inseriti in copertura del nucleo familiare del genitore se sono anch'essi dipendenti di Aziende iscritte al Fondo.

Se entrambi i coniugi, uniti civilmente o conviventi di fatto, sono dipendenti di Aziende iscritte al Fondo Metasalute e titolari del piano sanitario, non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo del rispettivo coniuge, unito civilmente o convivente.

4.2.2 Attivazione dei Piani Sanitari ai componenti del "Nucleo familiare non a carico"

Il dipendente, su base individuale e volontaria, può attivare la copertura relativamente ai propri familiari che rientrano nella definizione "Nucleo familiare non a carico" con massimali autonomi, con onere contributivo a proprio carico e versamento del premio a Intesa Sanpaolo RBM Salute da parte del Fondo.

L'attivazione dei Piani Sanitari in favore dei familiari non a carico può avvenire:

- **Scegliendo la medesima tipologia di Piano Sanitario del Titolare, esclusivamente con massimali autonomi;** o
- **Scegliendo il Piano Base, anche se il Titolare ha un Piano Sanitario diverso**

Il familiare appartenente al "Nucleo familiare non a carico" è assicurato dal 01 gennaio di ogni anno se il Titolare caponucleo ha comunicato al Fondo l'attivazione del Piano Sanitario a massimali autonomi entro la finestra di adesione prevista da Fondo per ciascun anno e sempre che il Titolare caponucleo sia assicurato alla predetta data; nel caso in cui l'assicurazione del Titolare caponucleo decorra da data successiva al 01 gennaio, in quanto ancora non maturata la carenza prevista dal Fondo per l'accesso alle prestazioni assicurative, la copertura del familiare appartenente al "Nucleo familiare non a carico" è operativa dal momento dell'attivazione della copertura del Titolare caponucleo.

Con riferimento al nucleo familiare non a carico assicurato al 01 gennaio, nel caso in cui i componenti del "Nucleo familiare a carico" diventino invece soggetti appartenenti al "Nucleo familiare non a carico" il Titolare caponucleo potrà, tempestivamente, al momento della conoscenza della variazione del carico fiscale, dichiarare l'attivazione della copertura sanitaria quali familiari non a carico, con massimali autonomi; in mancanza, la copertura assicurativa dei soggetti sopra indicati cessa. Il premio per la copertura quale familiare non a carico è dovuto con effetto dal 01 gennaio dell'anno in cui si è verificata

la variazione. Di conseguenza i massimali autonomi troveranno applicazione retroattiva da tale data (01 gennaio) per i rimborsi non ancora richiesti alla data di variazione del carico fiscale e aventi data fattura successiva a tale data.

Resta inteso che, nel caso in cui i soggetti sopra identificati dovessero essere entrati in copertura in corso d'anno, gli effetti della variazione di familiare da appartenente al "Nucleo familiare a carico" ad appartenente a "Nucleo familiare non a carico" decorreranno dalla data di attivazione della loro copertura sanitaria e non dal 01 gennaio, pur restando dovuto il premio annuale della copertura sanitaria quali familiari non a carico.

La copertura dei familiari non a carico cessa di produrre i propri effetti alla data del 31 dicembre dell'anno di inclusione in polizza.

Le inclusioni e le esclusioni devono essere comunicate a Intesa Sanpaolo RBM Salute entro i termini e con le modalità concordate nell'Art. 3 tra il Fondo e Intesa Sanpaolo RBM Salute.

4.2.3 Inclusione di familiari in corso d'anno

- Matrimonio, unione civile e nascita di figli: sono previste le stesse condizioni di cui ai punti 4.2.1 e 4.2.2;

- Inclusione postuma di un componente del "Nucleo familiare a carico" in corso d'anno per precedente omissione della comunicazione di cui al punto 4.2.1.

4.3 Cambio di Piano Sanitario

Al dipendente assicurato può applicarsi un diverso Piano Sanitario in corso d'anno se:

- **cambia Azienda e quest'ultima applica Piani Sanitari differenti della Convenzione rispetto al precedente datore di lavoro;**
- **intervengono modifiche al suo rapporto di lavoro (es. promozione/cambio di qualifica aziendale) che determinino un nuovo Piano sanitario di riferimento.**

Il Piano Sanitario del lavoratore assicurato varia in corso d'anno in ragione della richiesta di variazione del Cambio Piano formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità.

Il Cambio di Piano ha effetto dalla data comunicata alla Compagnia da parte del Fondo, tramite invio di apposito record in cui si dà evidenza che si tratta di un cambio piano, se tale data è successiva alla data di ricezione della richiesta medesima da parte della Compagnia. Se la richiesta di Cambio Piano presenta una data di cambio antecedente rispetto alla data di ricezione della richiesta medesima da parte della Compagnia, la decorrenza avrà efficacia retroattiva solo nel caso in cui il Titolare caponucleo e l'eventuale Nucleo familiare a carico non abbiano denunciato sinistri nel periodo intercorrente tra la data comunicata dal Fondo e la data di ricezione della comunicazione di Cambio Piano da parte di Intesa Sanpaolo RBM Salute.

In caso contrario, il Cambio di Piano ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese antecedente a quello della richiesta se la stessa avviene entro il quinto giorno del mese di comunicazione. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la variazione del cambio Piano ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione.

La variazione produce i suoi effetti anche per i componenti del "Nucleo familiare a carico" del Titolare caponucleo.

Il premio sarà adeguato al nuovo Piano Sanitario dalla data di decorrenza della variazione dello stesso.

4.4 Cessazione della Copertura

La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.

Se la comunicazione di esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa da parte del Fondo a Intesa Sanpaolo RBM Salute avviene entro il quinto giorno del mese successivo rispetto al mese di cessazione (mese di riferimento), quest'ultima ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di riferimento. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la cessazione ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione. Il premio è dovuto sino al mese di permanenza in copertura assicurativa.

La cessazione produce contestualmente i suoi effetti anche per i componenti del "Nucleo familiare a carico" del Titolare caponucleo.

In applicazione della regola generale di cui all'art. 4.2.2., per i componenti del "Nucleo Familiare non a carico" la copertura cessa al 31 dicembre dell'anno cui si riferisce l'adesione del familiare pagante.

4.5 Regolazione del premio

In nessuno dei casi di cessazione è prevista la restituzione dei premi a qualunque titolo dovuti.

Si procede alla consegna delle regolazioni contabili del premio secondo inclusioni e passaggi avvenuti nel mese di riferimento ed eventuali variazioni residuali riferite ai mesi precedenti.

Art. 5 Documentazione relativa ai Piani Sanitari assicurati dalla presente Convenzione

Il Fondo mette a disposizione dei lavoratori e del loro Nucleo familiare i seguenti documenti:

- a) Informativa Privacy**
- b) Dip**
- c) Dip Aggiuntivo**
- d) Condizioni di Assicurazione**

Il Contraente si impegna a trasmettere, su richiesta, a Intesa Sanpaolo RBM Salute, tutta la documentazione messa a disposizione dell'Assicurato e inerente il presente contratto assicurativo (ivi comprese eventuali guide operative o note di sintesi), per consentire alla Compagnia il monitoraggio delle informazioni fornite agli Assicurati.

Art. 6 Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso.

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, Intesa Sanpaolo RBM Salute informa in dettaglio il Contraente che, a sua volta, informa gli Assicurati.

Art. 7 Modifiche

Intesa Sanpaolo RBM Salute può introdurre modifiche delle garanzie, delle condizioni della polizza, delle procedure e dei tempi di liquidazione delle prestazioni assicurative solo con accordi specifici con il Fondo.

Art. 8 Foro competente

Per le controversie

- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e il Contraente: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria della sede legale del Contraente
- tra Intesa Sanpaolo RBM Salute e l'Assicurato: è competente in via esclusiva l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio del lavoratore dipendente o del familiare o dell'avente diritto.

Se esistono, le Parti possono ricorrere a sistemi conciliativi.

CAPITOLO II – NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Art. 1. Informazioni su Intesa Sanpaolo RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007⁵.

Sito: www.intesasanpaolorbmsalute.com

PEC: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com

Art. 2. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 3. Carenza contrattuale

Non è previsto un periodo di carenza.

Art. 4. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze⁶.

Esempio: se la rata di premio scade il 31 dicembre 2024, Intesa Sanpaolo RBM Salute può esigerne il pagamento entro il 31 dicembre 2025.

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

Art. 5 Cosa si assicura

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

Art. 6 Reclami

I Reclami su un Contratto o su un servizio assicurativo devono essere inviati a Intesa Sanpaolo RBM Salute secondo le modalità indicate nel sito internet www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html.

Art. 7. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Assenza di Questionario Sanitario

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

Il Fondo si impegna, su richiesta di Intesa Sanpaolo RBM Salute, a verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti in relazione agli Assicurati, i relativi familiari e aventi diritto (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

Non è richiesta la compilazione di alcun Questionario sanitario.

⁵ G.U. 255 del 2 novembre 2007.

⁶ Art. 2952 "Prescrizione in materia di assicurazione" del Codice civile.

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

Art. 8. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente o l'Assicurato devono comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁸.

Devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. Intesa Sanpaolo RBM Salute può esercitare il diritto di regresso.

Art. 9 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica

9.1. Decorrenza

L'assicurazione decorre:

- secondo le regole stabilite al punto 4.1 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati
- altrimenti dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento.

9.2. Premio

- Il premio assicurativo è pagato dal Fondo Metasalute a Intesa Sanpaolo RBM Salute su base mensile per ciascun lavoratore iscritto (e ricomprende gli eventuali componenti del suo "Nucleo Familiare a carico");
- componente del Nucleo familiare del lavoratore non a carico.

L'obbligo di pagamento del premio cessa dal mese successivo a quello della data di esclusione dalla copertura del lavoratore. Resta inteso che il Fondo Metasalute è tenuto comunque a pagare a Intesa Sanpaolo RBM Salute i premi mensili per l'annualità in corso per ciascuno dei componenti del "Nucleo familiare non a carico" del lavoratore cessato dalla garanzia. Ciò in ragione della permanenza in garanzia di questi ultimi sino al 31 dicembre dell'anno di cessazione del lavoratore stesso dalla copertura assicurativa ai sensi dell'art. 4.2.2.

9.3. Anagrafica

Pur trattandosi di copertura assicurativa senza soluzione di continuità rispetto al triennio 2021-2023, all'inizio di ciascun anno di copertura il Fondo comunica a Intesa Sanpaolo RBM Salute le anagrafiche relative a tutti gli assicurati.

In ogni caso, le variazioni in corso d'anno di anagrafiche di persone assicurate devono pervenire a Intesa Sanpaolo RBM Salute con cadenza settimanale.

Il Contraente inoltre deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute:

- residenza dell'Assicurato e qualifica aziendale
- Codice Univoco Azienda, Piano Sanitario prescelto su base aziendale e provincia dello stabilimento dove è occupato il lavoratore, eventuali informazioni circa lo stato di disabilità dei componenti del nucleo.

Art. 10 Estensione Territoriale

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

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

Art. 11 Forma delle comunicazioni

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

Art. 12 Imposte

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

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

Art. 13 Controversie: mediazione

Per controversie tra Assicurato o Contraente e Intesa Sanpaolo RBM Salute connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente⁹.

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

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (→ Art. 8 "Foro competente" delle Norme che regolano la Convenzione).

Art. 14 Servizio Consultazione on line – "Home Insurance"

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

Web (www.fondometasalute.it)

Area riservata – Assicurazione

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può visionare le Condizioni di Assicurazione.

Web (www.fondometasalute.it)

Area riservata – Assicurazione

Con le credenziali di accesso, l'Assicurato può:

- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di rimborso
- 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.

App mobile "Metasalute"

Con l'app mobile "mètasalute", 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
- Richiedere il VoucherSalute o inviare le richieste di Rimborso.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata

⁹ D.lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni, in materia di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali.

Art. 15 Rinvio alle Norme di Legge

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

Sezione II

CAPITOLO I –PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 16 Oggetto dell'Assicurazione

Intesa Sanpaolo RBM Salute, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle singole garanzie e nei singoli Piani Sanitari, copre le spese sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia o infortunio verificatisi dopo la data di entrata in copertura.

Si precisa che:

- il presente contratto opera in continuità con quello precedente stipulato tra le parti (relativo al Piano Sanitario 2021-2023) e pertanto la data di ingresso in copertura del singolo assicurato non cambia a seguito dell'entrata in vigore del presente contratto;
- le condizioni di indennizzabilità di spese mediche sostenute a partire dal 1° gennaio 2024 vengono regolate da quanto previsto nel presente contratto, anche se riferite ad eventi (infortuni e malattie) verificatisi in precedenza (sempre se in copertura);
- i soggetti che entrano in copertura dal 1° gennaio 2024 in avanti, e che quindi non fossero già in copertura col precedente contratto (relativo al Piano Sanitario 2021-2023), potranno chiedere l'indennizzo di spese mediche sostenute dal momento del loro ingresso in copertura, anche se riferite a malattie già diagnosticate in precedenza. Tale eccezione non opera con riferimento agli infortuni – che quindi devono essersi verificati a seguito dell'ingresso in copertura dell'assicurato – salvo per quelli previsti dalla garanzia invalidità permanente di cui alla lettera (F) INVALIDITÀ PERMANENTE).

Si specifica che le algie di qualsiasi natura, come anche eventuali stati d'essere dell'Assicurato (ad esempio l'astenia) non costituiscono patologie e pertanto non sono oggetto di copertura le prestazioni ad esse relative.

Le spese a cavallo di due annualità assicurative sono imputate all'anno di accadimento dell'evento, come previsto nella definizione di "evento/data evento".

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

PIANO BASE

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI) anche in Day Hospital, Day Surgery o in regime ambulatoriale

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRARICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e ablazione tartaro
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni
- interventi chirurgici odontoiatrici

E) PREVENZIONE

- prevenzione base
- pacchetto donna
- pacchetto uomo

F) INVALIDITÀ PERMANENTE

- invalidità permanente

G) ALTRE PRESTAZIONI

- interventi chirurgici minori (in regime ambulatoriale, Day Hospital, Day Surgery)
- procreazione medicalmente assistita (PMA)
- trisomia 21 - Sindrome di Down (figli del Titolare caponucleo)
- visite psicologiche/psichiatriche
- logopedia figli minorenni

H) PRESTAZIONI SOCIALI

- indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del Titolare caponucleo

L'estensione del Piano Sanitario ai familiari a carico comporta la condivisione dei massimali annui indicati alle singole garanzie tra il titolare e i familiari aderenti.

I familiari che rientrano nella definizione di "Nucleo familiare non a carico" possono aderire solo con massimali autonomi.

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO "ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI") ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale



A.1 RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INTERVENTO CHIRURGICO, INTERVENTI ESEGUITI IN DH, DS O IN REGIME AMBULATORIALE (COMPRESO NELL' ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI)

Prima del ricovero

Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei giorni prima dell'inizio del ricovero (senza limite di giorni), purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero.

Durante il ricovero

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, materiale di intervento, apparecchi protesici ed endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato
- le rette di degenza senza limite giornaliero, escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione)
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici, trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero, purché erogati nello stesso reparto e non vi sia stato un trasferimento, anche senza soluzione di continuità, ad altro reparto o ad altra struttura sanitaria.

Post ricovero

- Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche, chirurgiche
- prestazioni infermieristiche
- prestazioni per recuperare la salute, quali i trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei giorni successivi

alla cessazione del ricovero (senza limite di giorni), purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. Sono compresi anche i medicinali prescritti all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura e strettamente correlati all'intervento eseguito. Si precisa che le prestazioni post ricovero collegate ad un intervento avvenuto nel 2023 che dovranno essere eseguite nel 2024, potranno essere erogate esclusivamente in forma rimborsuale alle condizioni previste per l'evento principale (ricovero). Tali prestazioni post ricovero possono essere effettuate presso una struttura convenzionata con il Network oppure non convenzionata. Verranno applicate le condizioni (massimali ed eventuali scoperti e franchigie) del regime prescelto per l'evento principale (ricovero).

Intervento di ricostruzione mammaria post mastectomia dovuta a tumore maligno della mammella

Sono anche compresi gli interventi ricostruttivi per patologia neoplastica della mammella, con condivisione del medesimo massimale previsto per l'intervento demolitivo. Ove non sia possibile procedere alla ricostruzione durante il medesimo intervento demolitivo, e pertanto l'intervento ricostruttivo venga eseguito in un secondo tempo in vigenza di polizza, è comunque compreso l'intervento ricostruttivo ma con applicazione di un sub-massimale una tantum (una sola volta nel triennio 2024-2026) pari a € 4.000,00 per evento a mammella. Tale limite è previsto per tutti i regimi di accesso alle prestazioni, incluso il regime di assistenza diretta. Si intendono esclusi dall'assicurazione gli interventi di simmetrizzazione e a scopo profilattico.

L'intervento demolitivo deve essere avvenuto dopo il 01.01.2024.

Retta di degenza dell'Accompagnatore



Spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura o struttura alberghiera per un accompagnatore dell'Assicurato, **documentate con fatture, notule, ricevute, ecc.** Sono escluse le spese concernenti il comfort o i bisogni non essenziali (ad esempio i costi per uso di telefono e televisione).

Trasporto sanitario



Trasporto con ambulanza dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata ed anche relativo ritorno) e da un Istituto di Cura a un altro, sia in Italia che all'Estero senza limite chilometrico, in caso di necessità relativa all'evento (valutata in relazione all'andata) e cioè:

- se l'Assicurato deve ricevere un trasporto medicalmente attrezzato
- o se l'Assicurato accede ai locali di pronto Soccorso con codice rosso.

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

A.1.1 MASSIMALI

Tutte le spese previste dalle garanzie di cui al paragrafo A, fermi rimanendo gli specifici sottolimiti e condizioni, erodono i seguenti massimali condivisi (ad esempio: nel caso in cui l'Assicurato sostenga un intervento chirurgico ordinario in assistenza diretta (massimale 18.000,00 euro) e riceva un indennizzo di 16.000,00 euro, potrà ottenere fino a 2.000,00 euro di ulteriore indennizzo, anche in regime rimborsuale, per spese connesse al medesimo intervento).

- Assistenza Diretta: illimitato (sempre esclusivamente per gli interventi chirurgici compresi nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici).

- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati)/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale:

Limiti di spesa annui specifici per ogni singolo intervento (→ allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici), in base alla tipologia di intervento:

- **18.000,00 euro** Interventi Chirurgici ordinari
- **22.500,00 euro** Interventi Chirurgici complessi
- **45.000,00 euro** Trapianti

Utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati

Si precisa che la richiesta di autorizzazione di un ricovero in forma diretta viene concessa solo quando risultino convenzionati sia la struttura sanitaria, sia la prestazione richiesta e sia il medico che la deve eseguire. In tutti gli altri casi l'autorizzazione non sarà concessa e l'Assicurato, una volta sostenute le spese del ricovero, potrà chiederne il rimborso, sempre che sussistano tutti i presupposti previsti dal presente contratto: in tali casi saranno applicate le condizioni del regime rimborsuale a tutte le spese sostenute, anche a quelle riferibili ad una struttura convenzionata o a un medico convenzionato.

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'assistenza diretta.

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica e sempre se compresi in copertura. In particolare, saranno ricompresi anche:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria (per esempio colecistectomia laparoscopica e asportazione di cisti renale) ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, se previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso (per esempio artrodesi vertebrale D4-D6 e artrodesi vertebrale L3-L5) sono rimborsabili al 50%.

A.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza diretta

Regime rimborsuale

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: spese per ticket sanitari o per trattamento alberghiero (vitto e pernottamento, esclusi i comfort) rimasti a carico dell'Assicurato.

A.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza diretta: scoperto del 15%

Regime rimborsuale: scoperto del 15%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi prestazioni ospedaliere in contesto di intervento chirurgico di cui all'Allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici":

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 15%

Prestazione autorizzata € 14.298,00, di cui € 12.153,30 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 2.144,70 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 18.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00
Scoperto 15%
Indennizzo € 12.153,30 (€ 14.298,00 - 15% scoperto, pari a € 2.144,70, a carico dell'Assicurato)

A.2 INDENNITÀ SOSTITUTIVA PER INTERVENTO CHIRURGICO (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento - no day hospital e day surgery) compreso nell'Allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici"



Se l'Assicurato non sostiene spese per il ricovero in contesto di intervento chirurgico (compreso nell'Allegato Elenco Grandi Interventi Chirurgici) né per altra prestazione connessa, incluse le prestazioni pre e post ricovero (eccetto eventuali spese sostenute durante il ricovero per trattamento alberghiero o ticket sanitari), Intesa Sanpaolo RBM Salute paga un'indennità di **100,00 euro per ciascun giorno di ricovero e per un massimo di 150 giorni per ricovero**, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia o dell'infortunio, e favorire così l'autonomia e la permanenza a domicilio.

Per il calcolo dei giorni, il primo e l'ultimo giorno di ricovero sono considerati come un unico giorno.

Qualora l'Assicurato abbia richiesto l'indennizzo (sia in forma di assistenza diretta che attraverso il regime rimborsuale) di prestazioni prima, durante e dopo il ricovero di cui alla lettera A.1. non avrà diritto a ottenere l'indennità sostitutiva.

L'indennità sostitutiva non si applica se alla permanenza nei locali del pronto soccorso/astanteria non segue il ricovero nella medesima struttura.

B. PRESTAZIONI EXTRA -RICOVERO / ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

Si precisa che le prestazioni previste dalla presente garanzia alle lettere B.1, B.2 e B.4 sono indennizzabili nell'ambito di un massimale di 5 prestazioni annue per nucleo familiare (massimale che non si applica nel caso di presenza di figli disabili nel nucleo familiare). Il conteggio viene effettuato con riferimento ad ogni singola prestazione, anche nel caso in cui fossero eseguite più prestazioni assieme, riferibili alla medesima prescrizione medica. Pertanto, l'Assicurato dovrà manifestare la propria volontà rispetto alla prestazione che intende richiedere a rimborso, selezionando correttamente l'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/APP oppure inserendole nel modulo cartaceo.

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di una fattura contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- nel caso in cui la fattura riporti il costo di ogni singola prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui vuole ottenere il rimborso, avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/APP oppure inserendole nel modulo cartaceo. In caso contrario, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborserà la sola prestazione richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso delle altre prestazioni;
- nel caso in cui la fattura non riporti il costo di ogni singola prestazione, Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborserà la sola prestazione della tipologia valorizzata dall'Assicurato nell'inoltare la richiesta e la fattura non potrà più essere utilizzata per chiedere il rimborso di altre prestazioni.

Esempi:

Fattura unica di 110 € per Visita e Accertamento Diagnostico eseguiti lo stesso giorno e riferibili alla medesima prescrizione medica
IPOTESI 1: nella fattura viene indicato il costo di 70 € riferibile alla Visita e di 40 € riferibile all'Accertamento

CASO A: l'Assicurato chiede il rimborso della sola Visita. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € (sub-massimale per singola Visita), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'Accertamento.

CASO B: l'Assicurato chiede il rimborso del solo Accertamento. L'Assicurato ottiene il rimborso di 30 € (sub-massimale per singolo Accertamento), viene conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso della Visita.

CASO C: l'Assicurato, inserita la richiesta di rimborso della Visita, prosegue e inserisce contestualmente la richiesta di rimborso anche dell'Accertamento, in quanto riferito alla medesima prescrizione medica. L'Assicurato ottiene il rimborso di 50 € per la Visita e di 30 € per l'Accertamento e vengono conteggiate 2 prestazioni indennizzate.

IPOTESI 2: nella fattura viene indicato il costo di 110 € riferibile alle prestazioni Visita e Accertamento, senza alcun dettaglio relativo al costo di ciascuna delle prestazioni

In questo caso l'Assicurato potrà utilizzare la fattura per chiedere il rimborso di una sola prestazione e otterrà 50 € (submassimale per singola Visita) oppure 30 € (submassimale per Accertamento) a seconda di quale sia la tipologia di prestazione valorizzata in sede di richiesta di rimborso (Visita oppure Accertamento). Viene quindi conteggiata 1 prestazione indennizzata e la fattura non può più essere utilizzata per ottenere il rimborso dell'altra prestazione eseguita.

B.1 ALTA SPECIALIZZAZIONE

Sono compresi:

- **Alta diagnostica radiologica** (compresi esami stratigrafici e contrastografici, anche digitale")
 - Angiografia
 - Artrografia
 - Broncografia
 - Cistografia
 - Cistouretrografia
 - Colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)
 - Colangiografia percutanea (PTC)
 - Colangiografia trans Kehr
 - Colecistografia
 - Dacriocistografia/Dacriocistotac
 - Defecografia
 - Fistelografia
 - Flebografia
 - Fluorangiografia
 - Galattografia
 - Isterosalpingografia
 - Mielografia
 - Retinografia
 - Scialografia
 - Splenoportografia
 - Urografia
 - Vesciculodeferentografia
 - Videoangiografia
 - Wirsunggrafia

- **Accertamenti**
 - Accertamenti endoscopici



- Doppler
 - Ecocardiografia
 - Elettroencefalogramma
 - Elettromiografia
 - PET
 - Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
 - Scintigrafia
 - Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)
- **Alta specializzazione aggiuntiva**
- Amniocentesi o villocentesi
 - Densitometria ossea computerizzata (MOC)
- **Ulteriori prestazioni:**
- Cisternografia

Si precisa che sono comprese in garanzia:

- la coronarografia (con anche i costi della sala emodinamica)
- la colangiopancreatografia endoscopica retrograda (ERCP)

anche se eseguite in regime di ricovero; sono a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute i soli costi dell'accertamento.

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico. Qualora l'accertamento in fase di esecuzione richieda altre prestazioni non preventivamente autorizzabili o si tramuti in intervento chirurgico ambulatoriale, verrà comunque mantenuta l'autorizzazione della parte diagnostica inviata e si procederà alla rettifica per le prestazioni autorizzabili con ricalcolo dello scoperto a carico dell'Assicurato. La parte di prestazione non inizialmente preventivabile, rimarrà a totale carico dell'assicurato in quanto non prevista dal contratto.

Le biopsie effettuate durante l'accertamento si considerano comprese nell'accertamento stesso.

B.1.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili¹⁰ nel nucleo familiare.

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

¹⁰ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

B.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 50,00 euro per accertamento**

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Costo della Angiografia € 125,00

Scoperto 40%

Prestazione autorizzata € 125,00, € 75,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale 5 prestazioni a nucleo familiare

Richiesta di rimborso per Angiografia € 125,00

Limite massimo indennizzabile € 50,00

Rimborso € 50,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 75,00 a carico dell'Assicurato.

B.2 VISITE SPECIALISTICHE



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, **escluse le visite odontoiatriche e ortodontiche**
- **solo una prima visita** psichiatrica e **prima visita** psicologica per accertare la presenza di eventuali patologie.
- infiltrazioni specifiche per patologie da sovraccarico funzionale (e malattie legate alle osteopatie) di colonna, spalla e ginocchio

B.2.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: **5 prestazioni per nucleo familiare**; senza limitazioni in presenza di figli disabili¹¹ nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: franchigia 45,00 euro

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 50 euro a visita**

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

¹¹ Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Costo della visita ortopedica euro 65,00

Franchigia euro 45,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 20,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 45,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare

Limite massimo indennizzabile per ciascuna visita €50,00

Richiesta di rimborso per visita ortopedica € 65,00

Nessuno scoperto/franchigia

Rimborso € 50,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 15,00 a carico dell'Assicurato

B.3 TICKET PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ALTA SPECIALIZZAZIONE E VISITE SPECIALISTICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa i ticket sanitari per accertamenti diagnostici, alta specializzazione e visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, **esclusi gli accertamenti odontoiatrici e ortodontici.**

Se il documento di spesa contiene più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica, l'Assicurato, per quanto possibile, dovrà chiedere alla struttura che sia indicato il costo di ciascuna prestazione e il regime di erogazione (ticket o a pagamento).

In presenza di un documento di spesa contenente più prestazioni riferibili alla stessa prescrizione medica:

- se tutte le prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e risulta riportato il costo di ciascuna o comunque risulta chiaramente indicato che tutte quante sono state erogate in regime pubblico, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando sempre la garanzia "Ticket" avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo;
- se alcune prestazioni sono state eseguite in regime di ticket e altre a pagamento e risulta riportato il costo di ciascuna prestazione, l'Assicurato dovrà indicare nell'ambito della stessa richiesta tutte le prestazioni di cui chiede il rimborso, valorizzando la garanzia cui le stesse si riferiscono (es. Ticket per quelle eseguite in regime pubblico, Alta Specializzazione o Visite specialistiche per quelle eseguite a pagamento)avvalendosi dell'apposita funzionalità messa a disposizione in Area Riservata/App oppure inserendole nel modulo cartaceo;
- se nel documento di spesa non è riportato il costo di ciascuna prestazione e l'Assicurato avanza una domanda di rimborso, la Compagnia rimborserà una sola prestazione alle condizioni previste dalla garanzia valorizzata: nel caso in cui l'Assicurato abbia valorizzato la garanzia Ticket, riceverà un importo pari a quello previsto per il ticket dalla legge in vigore. Il documento di spesa non potrà essere più utilizzato per chiedere il rimborso delle altre prestazioni.

Esempio:

Fattura complessiva di €186,15 da cui non si evince lo scorporo degli importi delle prestazioni effettuate in regime di solvenza (a pagamento) o in regime pubblico

Indennizzo: la Compagnia indennizzerà l'importo di € 36,15 in ticket.

L'importo residuo pari a € 150 resta a carico dell'Assicurato

B.3.1 MASSIMALE

Massimale: 5.000,00 euro anno/nucleo

B.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.4 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI



Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per gli esami di laboratorio e gli accertamenti diagnostici diversi da quelli previsti nella garanzia "B.1 Alta specializzazione".

Si precisa che per alcuni accertamenti eseguiti presso Strutture convenzionate i costi a carico dell'Assicurato possono subire variazioni non preventivamente calcolabili dovute ad un'eventuale aggiunta di spese o modifica della prestazione da parte della Struttura qualora sia ritenuto necessario a livello medico.

B.4.1 MASSIMALE

Massimale per il complesso delle prestazioni indicate: 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili¹² nel nucleo familiare

Nel caso in cui il figlio disabile venga inserito in copertura in corso d'anno, la limitazione del numero massimo di prestazioni usufruibili verrà rimossa a partire dal primo giorno del mese successivo a quello dell'inserimento del figlio disabile in copertura.

B.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

B.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: scoperto 40%

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 30,00 euro a fattura**

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Costo dell'accertamento diagnostico € 190,00

Scoperto 40%

Prestazione autorizzata € 190,00, di cui € 114,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 76,00 a carico dell'Assicurato.

Regime rimborsuale

¹² Per figli con disabilità si intendono coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, di relazione o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale o di emarginazione (ai sensi dell'art. 3 della L. 104/1992).

5 prestazioni a nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare Limite massimo indennizzabile per ciascuna fattura €30,00
Richiesta di rimborso per accertamento diagnostico € 190,00
Nessuno scoperto/franchigia
Rimborso € 30,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 160,00 a carico dell'Assicurato.

B.5 PACCHETTO MATERNITÀ

B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga, in assenza di patologia, salvo quanto previsto di seguito per amniocentesi o villocentesi per Assicurate di età inferiore ai 35 anni, le spese per:

- ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) in gravidanza, translucenza nucale e ogni altro tipo di accertamento diagnostico per monitorare la gravidanza e lo sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del SSN
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA Fetale
- amniocentesi o villocentesi:
 - per le donne di **35 anni o più**: possono essere erogate senza prescrizione
 - per le donne di **meno di 35 anni**: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.

B.5.1.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.2 Visite di controllo ostetrico ginecologiche"

B.5.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale
- una visita anestesiologicala in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.

Massimo 4 visite/controlli, elevate a 6 per gravidanza a rischio.

B.5.2.1 MASSIMALE

Massimale anno/nucleo familiare: 700,00 euro per evento gravidanza, condiviso con la garanzia "B.5.1 Accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio".

B.5.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: non previsti

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

B.5.3 SUPPORTO PSICOLOGICO POST PARTO

Intesa Sanpaolo RBM copre le spese per:

- massimo 3 visite psicologiche
- entro 3 mesi dal parto, avvenuto nell'anno di copertura.

B.5.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale **illimitato**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: massimale **illimitato**

B.5.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

Assistenza Diretta

Regime rimborsuale (utilizzabile anche presso strutture del Network)

Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

B.5.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: le spese per le prestazioni sono rimborsate all'Assicurato **fino a 36 euro a visita**

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo di 2 visite psicologiche € 65,00 l'una

Nessuno scoperto/franchigia

Prestazione autorizzata € 65,00 l'una.

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Limite massimo indennizzabile per visita € 36,00

Richiesta di rimborso per 2 visite psicologiche €130,00 (€ 65,00 l'una)

Nessuno scoperto/franchigia

Indennizzo € 72,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 58,00 a carico dell'Assicurato.

C. FISIOTERAPIA

Le prestazioni previste dal presente paragrafo devono essere effettuate **solo in Centri medici**, da:

- o medico specialista
- o fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- o Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).



C.1 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI INFORTUNIO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio:

- dal 1° giorno successivo all'infortunio (avvenuto durante la copertura assicurativa)
- solo a fini riabilitativi e correlati alla lesione cagionata dall'infortunio
- **in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.**

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia o la laserterapia a fini estetici)

C.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: **massimale 500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica

- il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
- il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
- le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le prestazioni applicando uno scoperto del 30% e fino a **25,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 148,00 (€ 240,00 – 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile € 25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

C.2 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA POST INTERVENTO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria:

- solo a fini riabilitativi e correlati alla patologia che ha reso necessario l'intervento
- senza limitazione di giorni post intervento
- indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico".

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)

- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)

C.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza Diretta domiciliare: **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**
- i limiti di indennizzo comprendono tutto quanto indennizzabile per singolo evento.

C.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.
In tal caso:
 - oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo.
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001 / UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa.
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 30%

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **20 euro** ad accesso.

Regime rimborsuale: scoperto 30%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 20,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 148,00 di cui 108,00 (€ 240,00 - 30% - € 20) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 92,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Indennizzo € 168,00 (€ 240,00 – 30%)

C.3 FISIOTERAPIA, OSTEOPATIA, AGOPUNTURA, CURE TERMALI, KINESITERAPIA, RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA E NEUROMOTORIA A SEGUITO DI MALATTIA

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per trattamenti di fisioterapia, osteopatia e agopuntura eseguite da personale medico sanitario, cure termali per finalità muscolo-scheletriche, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotori effettuati a seguito di malattia e ad essa correlati.

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche (alterazioni che non hanno valenza funzionale, cioè che non alterano la funzionalità di un organo o apparato)
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)

C.3.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta/Assistenza diretta domiciliare: massimale **500,00 euro per anno/nucleo familiare**
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro per anno/nucleo familiare**

C.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Assistenza Diretta domiciliare: in alternativa all'erogazione in una Struttura convenzionata, l'Assicurato può chiedere di poter ricevere la prestazione direttamente al proprio domicilio.

In tal caso:

- oltre ai terapisti sono rese disponibili in loco tutte le apparecchiature elettromedicali necessarie per un trattamento adeguato e completo
 - il Servizio di Fisioterapia Domiciliare è certificato secondo gli standard di qualità (ISO 9001/ UNI EN ISO 9001)
 - tutte le apparecchiature elettromedicali consegnate al paziente o utilizzate dal Fisioterapista sono certificate e costantemente controllate in termini di sicurezza elettrica
 - il personale sanitario è in possesso di tutti i requisiti accademici previsti dalla normativa vigente e l'organizzazione strutturata ed efficiente consente di erogare un servizio di elevata qualità dal primo contatto telefonico, alla consegna attrezzature, alle terapie per poi concludersi con la chiusura della pratica amministrativa
 - il servizio è disponibile, senza attese, su tutto il territorio nazionale
 - le prestazioni erogate in regime diretto domiciliare sono liquidate direttamente alle Strutture Sanitarie convenzionate
- Regime rimborsuale
 - Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

C.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: **scoperto 30%**

Assistenza Diretta domiciliare: scoperto 30% più franchigia di **25 euro** ad accesso
 Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese applicando uno scoperto del 30% e fino **25,00 euro** per ciascuna prestazione effettuata durante la seduta
 Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia
In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%

Prestazione autorizzata € 240,00, di cui € 168,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 72,00 a carico dell'Assicurato

Regime di Assistenza diretta domiciliare

Massimale € 500,00

Costo della fisioterapia (3 sedute in unico accesso) € 240,00

Scoperto 30% più franchigia € 25,00 ad accesso

Prestazione autorizzata € 240,00 di cui 143,00 (€ 240,00 – 30% - 25€) a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e €97,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso per fisioterapia (3 sedute) € 240,00

Scoperto 30%, massimo indennizzabile €25,00 per prestazione

Applicazione dello scoperto: € 240,00 – 30% = € 168,00, di cui indennizzabili € 75,00, pari al massimo previsto di €25,00 per 3 sedute

D. ODONTOIATRIA

Relativamente alla presente garanzia, per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

Se tramite il portale si verifica che il centro convenzionato per le prestazioni dista dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero più di 30 km, le spese sostenute dall'Assicurato che effettui le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata saranno rimborsate alle stesse condizioni previste dalla diretta.



L'Assicurato dovrà allegare alla richiesta di rimborso il modulo, disponibile in area riservata, che attesta la mancanza di strutture convenzionate e che deve avere data antecedente a quella della prestazione.

Tale agevolazione non vale per chi è all'estero.

D.1 CURE DENTARIE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- cure odontoiatriche (paradontologia – ad es. levigature - e diagnostica dentale – ad es. ortopantomica, rx endorale). Non sono comprese l'ortodonzia (ad es. terapia ortodontica) e la gnatologia (ad es. bite notturno, placca di svincolo);
- terapie conservative (ad es. otturazioni, ricostruzione di angoli);
- terapie canalari (ad es. endodonzia, pulpotomia)
- protesi dentarie solo su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (ad esempio corone provvisorie e definitive). Non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione corone o sostituzione impianti. Non sono comprese le protesi su impianti. Le spese sono riconosciute anche

per protesi su denti trattati endodonticamente (devitalizzati), ad es. perno moncone.

Le protesi dentarie rientrano nella presente garanzia se posizionate entro 12 mesi dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

È necessario allegare documentazione radiografica da cui si evinca che l'elemento è stato devitalizzato in corso di validità della polizza, mentre l'Assicurato era in copertura e comunque non oltre il limite di 12 mesi.

D.1.1 MASSIMALE

Assistenza Diretta: **massimale 2.000,00 euro** anno/nucleo familiare

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro".

D.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Regime rimborsuale: scoperto 25%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 2.000,00 anno/nucleo familiare

Costo della Cavità di 2a classe di BLACK € 170,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 170,00, di cui € 110,50 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 59,50 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 400 anno/nucleo familiare condiviso con "Visita odontoiatrica e ablazione tartaro"

Richiesta di rimborso per Cavità di 2a classe di BLACK (terapia conservativa) € 170,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 127,50 (€ 170 - 25%)

D.2 VISITA ODONTOIATRICA E ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita odontoiatrica e trattamento di ablazione del tartaro (1 volta l'anno, in una unica seduta, per ciascuna persona di età superiore a 15 anni compiuti appartenente al nucleo familiare).

Rientrano in garanzia visite odontoiatriche e trattamenti di ablazione tartaro anche non propedeutici alle cure o alle terapie stesse, all'applicazione delle protesi e alle prestazioni ortodontiche.

Nel caso di utilizzo dell'Assistenza diretta, le strutture del Network erogano nella stessa seduta sia la visita odontoiatrica che ablazione tartaro, in coerenza con quanto previsto dalla presente garanzia.

Nel caso di accesso presso una struttura non convenzionata, l'Assicurato dovrà richiedere alla struttura l'esecuzione delle due prestazioni (visita odontoiatrica e ablazione tartaro)

nella stessa seduta; nel caso la fattura riporti solo una delle due prestazioni (ad esempio la sola ablazione tartaro), la Compagnia rimborserà comunque la fattura, alle condizioni riportate nella presente garanzia, fermo rimanendo che l'Assicurato non potrà eseguire l'altra prestazione nel corso della stessa annualità.

D.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: **massimale illimitato**

Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: il limite di spesa è di **400,00 euro** anno/nucleo familiare, condiviso con la garanzia "D.1 Cure dentarie"

D.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti

Regime rimborsuale: Scoperto 25% e massimo **45,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.3 VISITA PEDODONTICA E/O ABLAZIONE TARTARO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- Visita pedodontica e/o ablazione tartaro (1 volta l'anno).

D.3.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.3.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale: massimo **45,00 euro** anno/persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

D.4 SIGILLATURA DENTI FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la sigillatura denti dei figli minorenni.

D.4.1 MASSIMALE

Massimale illimitato.

D.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: non previsti.

Regime rimborsuale:

- non sono previsti franchigie e scoperti
- massimo **40,00 euro** anno per singolo dente
- massimo 2 denti a persona

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di Assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Costo sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 70,00 per il 1° figlio ed € 70,00 per il 2° figlio a totale carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale illimitato

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 1° figlio € 70,00

Richiesta di rimborso per sigillatura dente 2° figlio € 70,00

Nessuno scoperto, con il limite di € 40,00 per singolo dente

Indennizzo € 40,00 per il 1° figlio ed € 40,00 per il 2° figlio

D.5 INTERVENTI CHIRURGICI ODONTOIATRICI (SIA IN REGIME DI RICOVERO CHE AMBULATORIALE)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per:

- osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare
- neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- cisti radicolari
- cisti follicolari
- adamantinoma
- odontoma
- asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.

Si specifica che la "disodontiasi" e "l'inclusione ossea" si riferiscono solo alla posizione

dell'elemento e quindi alla tipologia di estrazione ma non sono patologie.

L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi o entro 18 mesi in caso di intervento di rigenerativa tardiva dal trattamento chirurgico indennizzato ai sensi della presente polizza e verificatosi durante la sua vigenza.

In caso di comprovata e oggettiva impossibilità di eseguire l'intervento entro i termini sopra indicati, Intesa Sanpaolo RBM Salute potrà ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.

Documentazione medica per ottenere l'indennizzo:

radiografie e referti radiologici (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- osteiti mascellari
- iperostosi
- osteomi
- rizotomia e rizectomia
- ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- gengivectomia per emiarcata
- estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- estrazione di terzo molare in disodontiasi (per elemento)
- apicectomia per radice
- inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata
- estrazione dente deciduo in anchilosi
- pedo estrazione dente deciduo
- estrazione dente permanente
- frenulectomia o frenulotomia
- scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico

radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie (datati e firmati dall'odontoiatra) per:

- odontoma
- cisti follicolari/radicolari e/o asportazione di cisti mascellari
- asportazione di epulide con resezione del bordo
- adamantinoma
- neoplasie ossee
- ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; **per questo intervento si rendono necessari anche radiografie/referti radiologici e fotografia digitale post intervento.**
- intervento per flemmone delle logge perimascellari
- livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose

L'indennizzo è previsto sia in regime ospedaliero sia in regime ambulatoriale.

Regime ospedaliero: in questo caso, oltre ai costi dell'équipe operatoria, sono compresi (nei limiti previsti dalle coperture sotto elencate) quelli per:

- intervento chirurgico: onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento (come risulta dal referto operatorio); diritti di sala operatoria e materiale di intervento, comprese le endoprotesi oltre agli impianti come sopra indicato
- assistenza medica, medicinali, cure: prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici nel periodo di ricovero
- rette di degenza: non sono comprese le spese voluttuarie.

D.5.1 MASSIMALE

Massimale: **2.000,00 euro** per anno/nucleo familiare

D.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

D.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza Diretta: scoperto 35%.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempio

Regime di Assistenza diretta

Massimale € 2.000,00 anno/nucleo

Costo estrazione dente permanente € 400,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 400,00, di cui € 260,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 140,00 a carico dell'Assicurato

E. PREVENZIONE



Per tutte le prestazioni da effettuarsi attraverso l'utilizzo di Strutture Sanitarie e Medici/Professionisti convenzionati con il Network, è necessario richiedere l'autorizzazione esclusivamente attraverso l'area riservata.

La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026.

Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.

Nell'ambito del Protocollo Adulti i massimali sono condivisi tra tutti i componenti del Nucleo Familiare Maggiorenni.

E.1 PREVENZIONE BASE

E.1.1 PREVENZIONE BASE

Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce l'erogazione delle prestazioni sotto elencate.

Esami del sangue:

- alanina aminotransferasi ALT
- aspartato Aminotransferasi AST
- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- creatinina
- esame emocromocitometrico e morfologico completo
- glicemia
- trigliceridi
- tempo di protrombina (PT)
- urea
- Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES.

Urine: esame chimico, fisico e microscopico

Feci: ricerca del sangue occulto **solo per screening del carcinoma del colon per Assicurati di età compresa tra 50 anni e 69 anni compiuti**

Elettrocardiogramma di base

Le prestazioni devono essere effettuate **in un'unica soluzione una volta ogni due anni per nucleo familiare.**

E.1.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro a pacchetto**

E.1.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.2. MONITORAGGIO DELLE PATOLOGIE TIROIDEE

Intesa Sanpaolo RBM Salute eroga una volta ogni due anni per nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate:

- TSH
- FT3
- FT4
- visita endocrinologica

Le prestazioni possono essere effettuate in due tempi (es. prima gli esami e poi la visita endocrinologica) purchè:

- **entro il limite temporale di validità voucher se utilizzato il regime di assistenza diretta**

- senza limite temporale ma entro l'annualità assicurativa se utilizzato il regime rimborsuale.

Trascorsi due anni l'Assicurato potrà effettuare nuovamente le prestazioni tenendo presente che i due anni saranno così calcolati:

- per le prestazioni effettuate in forma diretta a decorrere dalla data di rilascio del voucher
- per le prestazioni effettuate in regime rimborsuale dalla data della fattura relativa della prima prestazione

E.1.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro a pacchetto**

E.1.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.3. PREVENZIONE SOVRACCARICO FUNZIONALE

Intesa Sanpaolo RBM Salute prevede la possibilità di effettuare una visita fisiatrica o ortopedica una volta ogni due anni per nucleo familiare.

E.1.3.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 50,00 euro a pacchetto**

E.1.3.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.3.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.1.4 SINDROME METABOLICA

L'Assicurato compila il questionario accedendo alla propria Area riservata (www.fondometasalute.it).

Intesa Sanpaolo RBM Salute analizzerà i contenuti ed entro 2 giorni verrà comunicato all'Assicurato l'esito delle valutazioni tramite email mettendo a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password.

Indipendentemente dallo stato risultante dal questionario, verranno fornite all'Assicurato alcune indicazioni per consentire di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica ed alimentazione, anche attraverso un regime dietetico personalizzato.

Verrà inoltre comunicato l'esito della verifica e saranno messe a disposizione le informazioni sull'area riservata accessibile tramite username e password. L'Assicurato verrà contattato

da Intesa Sanpaolo RBM Salute (via email, sms o telefono) periodicamente, per compiere delle verifiche sulla effettiva applicazione delle indicazioni fornite.

L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante una cartella medica personale che sarà attivata nell'Area riservata.

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", poiché gli indicatori del rischio di Sindrome Metabolica devono essere regolarmente monitorati, Intesa Sanpaolo provvederà all'organizzazione e al pagamento delle prestazioni sotto indicate da effettuarsi con cadenza semestrale in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

Solo nel caso in cui l'Assicurato si trovi in uno stato di Sindrome Metabolica "conclamata" Intesa Sanpaolo RBM Salute provvederà, inoltre, all'organizzazione e al pagamento delle seguenti prestazioni da effettuarsi una volta l'anno in strutture appartenenti al Network indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione:

- Visita cardiologia più prova da sforzo (ECG con prova da sforzo);
- Doppler carotideo
- Curva glicemica
- Ecocardiogramma

L'Assicurato potrà registrare questi parametri nella propria cartella medica online.

La presente copertura verrà prestata fino alla scadenza del Piano sanitario, a partire dalla data di compilazione del questionario.

Eventuali visite o accertamenti che si rendessero successivamente necessari potranno essere fruiti dall'Assicurato attraverso le strutture sanitarie del Network.

E.1.4.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **25,00 euro** a pacchetto, elevato a **50,00 euro** in caso di sindrome metabolica conclamata

E.1.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.1.4.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.2 PREVENZIONE DONNA

E.2.1 PACCHETTO DONNA

Il Pacchetto Donna può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della "Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)", prevista per Donne oltre i 30 anni, che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026.

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione tumore al seno/Sostegno periodo menopausa/Prevenzione patologie secondo i seguenti Pacchetti:

Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B)

Donne – oltre i 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A)

Donne – tra 21 e 24 anni

Visita ginecologica + PAP TEST

Donne – oltre i 30 anni

Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)

Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)

Donne – tra 40 e 49 anni

- Visita senologica
- Mammografia

Donne – oltre i 50 anni

Mammografia

Donne – senza limiti di età

Ecografia transvaginale

E.2.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: **massimale 80,00 euro**

E.2.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

Esempio:

Una donna di 31 anni nel 2024 può richiedere o il pacchetto A o il pacchetto B (Visita ginecologica + TEST HPV PAPILLOMA VIRUS) e decidere di aggiungere anche il pacchetto C.

Nel 2026 potrà usufruire solamente del pacchetto A e aggiungere eventualmente il pacchetto C.

E.2.2 ECOGRAFIA MAMMARIA BILATERALE (prestazione aggiuntiva al pacchetto donne – tra 30 e 39 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, un'ecografia mammaria bilaterale 1 volta ogni 2 anni (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025), quale prestazione aggiuntiva al pacchetto C Donne per le Assicurate tra 30 e 39 anni.

E.2.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **36,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna

E.2.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.2.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3. PREVENZIONE UOMO

E.3.1 PACCHETTO UOMO

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni per Prevenzione patologie cardiovascolari/urologiche.

Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025).

Uomo – oltre i 21 anni

- visita cardiologica
- ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni)

Uomo – oltre i 50 anni

- PSA
- Rettosigmoidoscopia, **può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo**

Uomo – senza limite di età

- visita urologica
- ecografia prostatica (Ecografia transrettale)

E.3.1.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **80,00 euro**

E.3.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.1.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

E.3.2 PACCHETTO PREVENZIONE DEL CANCRO ALLA PROSTATA (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga all'Assicurato o a uno dei componenti del suo Nucleo familiare, le prestazioni sotto elencate 1 volta ogni 2 anni (chi avesse eseguito il pacchetto nel 2023 potrà effettuarlo nel 2025):

- PSA FREE
- 2 PRO PSA

E.3.2.1 MASSIMALE

Assistenza diretta: il massimale è **illimitato**

Regime rimborsuale: massimale **50,00 euro** a pacchetto, da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo

E.3.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

E.3.2.3 FRANCHIGIE E SCOPERTI

- Assistenza Diretta: scoperto 20%
- Regime rimborsuale: scoperto 20%

F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)

F.1 INVALIDITÀ PERMANENTE (DA MALATTIA O INFORTUNIO)

Il Piano Sanitario garantisce il sostegno alle persone che si trovano in condizioni di invalidità permanente certificata da INPS o INAIL, alle condizioni di seguito descritte.

Destinatari: i lavoratori iscritti al Fondo che hanno maturato i requisiti di seguito indicati, in conseguenza di un evento (patologia o infortunio) insorto anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria.

La garanzia opera esclusivamente per il lavoratore caponucleo iscritto a Metasalute.

Non opera né per i familiari a carico né per quelli non a carico.

Per avere accesso alle prestazioni si richiede la seguente certificazione:

- in caso di invalidità non più rivedibile, l'ultimo verbale rilasciato dall'INPS o dall'INAIL
- in caso di invalidità rivedibile, l'ultimo verbale disponibile rilasciato dall'INPS o dall'INAIL unitamente ad un'autocertificazione dell'Assicurato che attesti di non essere ancora stato sottoposto a nuova revisione. Trattandosi di garanzia per la quale viene erogato un importo una tantum, il grado di invalidità che determina l'ammontare dell'indennità è quello risultante dal verbale presentato al momento della richiesta. A ciò consegue che l'Assicurato non potrà richiedere eventuali modifiche dell'importo dell'indennità a seguito di un eventuale successivo aumento della percentuale di invalidità.

Il plafond di spesa è messo a disposizione una tantum (una volta sola nel triennio 2024-2026) ed è utilizzabile esclusivamente per ottenere il rimborso delle spese sostenute: l'Assicurato potrà presentare una sola richiesta di rimborso nel corso del triennio, cumulativa di tutte le spese sostenute per le prestazioni eseguite, anche nel caso in cui il massimale non fosse stato consumato per intero.

La domanda di rimborso può pertanto contenere più fatture purché relative a prestazioni eseguite e fatturate nel corso della vigenza contrattuale e inviate in un'unica soluzione.

Nel caso in cui la domanda di rimborso abbia ad oggetto spese riferibili a più prestazioni, la data del sinistro sarà quella di esecuzione dell'ultima prestazione.

A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL:

- a.** Invalidità di grado compreso tra il 24% e il 33%
- b.** Invalidità di grado superiore a 33% e fino al 66%
- c.** Invalidità di grado superiore al 66% e fino al 100%.

Esempio: in caso di invalidità di grado 33,5%, la casistica di riferimento è quella di cui alla lettera b.

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una volta sola nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado tra 24% e 33%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento...)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: **7.000,00 euro**

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado superiore a 33% e fino al 66%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi di supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: **10.000,00 euro.**

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

c. Invalidità con grado superiore a 66% e fino al 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori o prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, nonché a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche al fine di rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali ed adattamenti o modifiche di auto di Assicurati e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: **15.000,00 euro.**

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%.

a. di grado compreso tra l'80% e il 90%

b. di grado compreso tra il 91% e il 100%

In presenza di questi requisiti, viene messo a disposizione una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), un plafond di spesa per il rimborso delle seguenti prestazioni:

a. Invalidità con grado compreso tra 80% e 90%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari e ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari acquistati o noleggiati (per es. ortesi per piede, calzature ortopediche di serie, calzature ortopediche su misura, apparecchi ortopedici per arti inferiori, apparecchi ortopedici per arti superiori, ortesi spinale, ausili per rieducazione di movimento, forza ed equilibrio, carrozzine, accessori per carrozzine, ausili di sollevamento, ...)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ecc.)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale e abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo.

Massimale e modalità di erogazione

Massimale: **8.000,00 euro.**

Regime rimborsuale: nessuno scoperto o franchigia

b. Invalidità con grado compreso tra 91% e 100%

1. prestazioni sanitarie di tipo diagnostico/terapeutico e infermieristico, domiciliari o ambulatoriali, purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
2. prestazioni di fisioterapia purché collegate alla patologia o, se svincolate dalla patologia, rese necessarie in forma domiciliare per deficit certificati
3. protesi, ortesi, presidi e ausili sanitari (acquistati o noleggiati)
4. presidi finalizzati al supporto per deficit motori (per es. servoscala, veicoli per supporto movimenti, ...)
5. assistenza psicologica/psichiatrica
6. personale di supporto per le normali attività quotidiane (badanti, colf)
7. dispositivi e accessori e prestazioni particolari finalizzati all'autonomia personale, al miglioramento dell'accessibilità ambientale ed abitativa, a consentire il reinserimento familiare, sociale e lavorativo
8. opere di abbattimento e superamento delle barriere architettoniche per rendere accessibile e fruibile da parte dei disabili la propria abitazione
9. rimborso di comandi speciali e adattamenti o modifiche di auto di assistiti e di familiari che li abbiano fiscalmente a carico
10. rimborso di ausili domotici e sistemi di controllo del microclima ambientale

Massimale e modalità di erogazione

Massimale **10.000,00 euro.**

Regime rimborsuale: nessuno scoperto/franchigia

G. ALTRE PRESTAZIONI

G.1 INTERVENTI CHIRURGICI MINORI ESEGUITI IN CHIRURGIA AMBULATORIALE O IN DAY-SURGERY O IN DAY HOSPITAL

Se l'Assicurato deve effettuare un intervento chirurgico minore tra

- ernia inguinale
- vene varicose
- fimosi
- fistole anali
- dito a scatto
- idrocele
- neuroma di Morton
- orchidopessi
- ragade anale
- dacriocistorinostomia
- intervento di cataratta
- intervento per tunnel carpale
- intervento per alluce valgo
- intervento per varicocele
- intervento di isteroscopia operativa per polipo endometriale

può godere delle seguenti prestazioni:

Durante il ricovero/l'intervento

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di chiunque partecipa all'intervento chirurgico e risulta dal referto operatorio
- diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari a recuperare l'autonomia dell'Assicurato
- rette di degenza senza limite giornaliero, con esclusione di quelle che riguardano il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente
- prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici e trattamenti fisioterapici e riabilitativi durante il periodo di ricovero diurno (Day Hospital, senza pernottamento)
- è riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da Day Hospital o Day Surgery in regime di ricovero notturno.

Si precisa che per gli interventi di cataratta per gli Assicurati under 60 la Compagnia richiede l'esito dell'esame fatto con la lampada a fessura.

Indipendentemente dall'età dell'Assicurato, la Compagnia indennizza il costo della sola lente neutra; la differenza di costo con eventuale lente graduata resta a carico dell'Assicurato.

G.1.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: limite di spesa annuo **1.500,00 euro** per evento

- Regime rimborsuale (anche nel caso di utilizzo di strutture convenzionate con il Network e medico/prestazione non convenzionati) / Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: limite di spesa annuo **1.500 euro** per evento.

G.1.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.1.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Assistenza Diretta: scoperto 35%

Regime rimborsuale: scoperto 35%

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Se l'Assicurato è domiciliato o residente in una provincia senza strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.500,00 per evento

Costo dell'intervento € 1.300,00

Scoperto 35%

Prestazione autorizzata € 1.300,00 di cui € 845,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute e € 455,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 1.500,00 per evento

Richiesta di rimborso per intervento € 1.300,00

Scoperto 35%

Indennizzo € 845,00

Restano a carico dell'Assicurato € 455,00

G.2 PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA (PMA) - TUTTE LE TECNICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA) **senza franchigie o scoperti** per:

- prestazioni medico chirurgiche riferite alla tecnica della PMA, sempreché previste dal Ministero della Salute
- trattamenti farmacologici collegati alla tecnica di fecondazione utilizzata.

Sono esclusi gli esami propedeutici e successivi al trattamento di Procreazione medicalmente assistita.

Le prestazioni saranno liquidate sempreché la fattura sia intestata al soggetto beneficiario della prestazione, che dovrà essere necessariamente assicurato ai sensi del presente contratto. Pertanto, qualora sia assicurato o solo l'uomo o solo la donna, le prestazioni indicate in fattura dovranno riferirsi al soggetto beneficiario della prestazione e non saranno indennizzabili prestazioni riferite a soggetti non assicurati o di sesso diverso rispetto a quello del soggetto destinatario della prestazione eseguita.

G.2.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: massimale di **700,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale: massimale di **500,00 euro** anno/nucleo familiare

G.2.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza Diretta
- Regime rimborsuale

G.2.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI

Non previsti.

G.3 TRISOMIA 21 - SINDROME DI DOWN (FIGLI DEL TITOLARE CAPONUCLEO)

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato in copertura, la garanzia prevede una indennità di **1.000,00 euro** per anno/neonato massimo per 3 anni, sempre che la polizza sia operativa.

G.4 VISITE PSICOLOGICHE/PSICHIATRICHE

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia per:

- visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti)
- visite psicologiche/psichiatriche a seguito dell'insorgenza di grave malattia oncologica.

Le visite psicologiche post-parto sono riconosciute nell'ambito della garanzia "B.5 Pacchetto Maternità".

G.4.1 MASSIMALE

- Assistenza Diretta: **350,00 euro** anno/nucleo familiare
- Regime rimborsuale/Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: **250,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.4.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.4.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 36,00 euro per visita.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

In ogni caso, se l'Assicurato è residente in una provincia priva di strutture sanitarie convenzionate, il rimborso è effettuato con le regole liquidative dell'Assistenza diretta.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 150,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 250,00

Richiesta di rimborso visita psicologica €150,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 36,00 euro per visita

Indennizzo € 36,00

G.5 LOGOPEDIA FIGLI MINORENNI

Intesa Sanpaolo RBM Salute paga le spese per logopedia, a seguito di malattia, effettuata da medico specialista o da logopedista diplomato.

G.5.1 MASSIMALE

Massimale: **100,00 euro** anno/nucleo familiare.

G.5.2 REGIMI DI EROGAZIONE

- Assistenza diretta
- Regime rimborsuale
- Rimborso del Ticket per il tramite dell'utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale

G.5.3 FRANCHIGIE/SCOPERTI/MASSIMO INDENNIZZABILE

Assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia

Regime rimborsuale: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese senza franchigie o scoperti, fino a massimo 20,00 euro a seduta.

Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale: nessuno scoperto/franchigia

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 100,00

Costo 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto

Prestazione autorizzata € 100,00 a carico di Intesa Sanpaolo RBM Salute

Regime rimborsuale

Massimale € 100,00

Richiesta di rimborso per 2 sedute di logopedia €100,00

Nessuno scoperto con il massimo indennizzabile 20,00 euro a seduta

Indennizzo € 40,00 (€ 20,00 x 2)

H. PRESTAZIONI SOCIALI (SOLO PER I NUCLEI FAMILIARI CHE NEL CORSO DELL'ANNUALITÀ NON HANNO USUFRUITO DI ALCUNA PRESTAZIONE SANITARIA)

L'eventuale richiesta di indennizzo della prestazione sociale può essere inoltrata esclusivamente al termine di ciascuna annualità assicurativa in cui è stato effettuato il pagamento delle spese (ovvero a partire dal primo giorno dell'annualità assicurativa successiva a quella del predetto pagamento) e comporta la rinuncia irrevocabile da parte dell'assicurato a richiedere per la medesima annualità assicurativa qualsiasi altro indennizzo (sia in forma diretta che a rimborso) per prestazioni sanitarie per l'intero Nucleo familiare.

H.1 INDENNITÀ PER LE SPESE ASSISTENZIALI PER I FIGLI DISABILI DEL TITOLARE CAPONUCLEO

Intesa Sanpaolo RBM Salute corrisponde un **indennizzo annuo** ai figli disabili dei Titolari caponucleo, inseriti in copertura, con invalidità riconosciuta superiore al 45%¹³.

L'indennizzo è determinato in via forfettaria e rappresenta un contributo a fronte delle spese sostenute per l'assistenza del disabile. L'indennizzo viene corrisposto a fronte della presentazione di copia del certificato INPS e/o dall'ASL attestante l'invalidità permanente

¹³ Legge 68 del 1999 "Norme per il diritto al lavoro dei disabili".

del figlio superiore al 45%. Per i minorenni sarà sufficiente la certificazione emessa dall'ASL di competenza, purché esaustiva.

L'importo dell'indennizzo è **di 750,00 euro per Nucleo familiare, innalzato a 1.000,00 euro in caso di nucleo familiare monoparentale o monoreddito.**

Per il riconoscimento dell'indennizzo si fa riferimento all'anno di pagamento delle spese di assistenza.

PIANO SANITARIO INTEGRATIVO MS1

Opera in caso di malattia o infortunio dell'Assicurato verificatisi dopo la data di entrata in copertura ad eccezione della garanzia di invalidità permanente, mentre l'Assicurazione è operativa.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

Massimali, submassimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

I limiti di indennizzo devono intendersi omnicomprensivi di quanto indennizzabile per singolo evento.

Gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi.

Prestazioni

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO (COMPRESO NELL'ALLEGATO ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI) anche in Day Hospital, Day Surgery o in regime ambulatoriale

- ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale
- indennità sostitutiva per intervento chirurgico

B) PRESTAZIONI EXTRARICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

- alta specializzazione
- visite specialistiche
- ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche
- accertamenti diagnostici
- pacchetto maternità

C) FISIOTERAPIA

- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento
- fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia

D) ODONTOIATRIA

- cure dentarie
- visita odontoiatrica e ablazione tartaro
- visita pedodontica e/o ablazione tartaro
- sigillatura denti figli minorenni

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: **METASALUTE Convenzione 100895 – PIANO BASE**

Ultima release 01/2024

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;

pec: 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 2022

Patrimonio netto: 724.070.593,00 euro, di cui capitale sociale 305.208.000,00 euro.

Totale delle riserve patrimoniali: 337.030.042,00 euro.

I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio. Possono essere consultati sul sito www.intesasanpaolorbmsalute.com (sezione Informazioni Societarie).

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

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 277.902.004 euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 125.055.902 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 511.401.489 euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 469.716.188 euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 184%

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo RBM Salute dà:

- ✓ Odontoiatria: visita e ablazione tartaro, visita Pedodontica e/o ablazione tartaro, Sigillatura denti figli minorenni, Interventi chirurgici odontoiatrici
- ✓ Prevenzione: prevenzione base, sindrome metabolica, prevenzione donna, prevenzione uomo,
- ✓ Invalidità permanente
- ✓ Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o in day surgery o in day hospital
- ✓ Trisomia 21 – Sindrome di down: la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità
- ✓ Visite psicologiche/psichiatriche
- ✓ Logopedia figli minorenni
- ✓ Prestazioni sociali (solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria): indennità spese assistenziali figli disabili del Titolare caponucleo

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) terapie medico-chirurgiche con finalità estetica e/o ricostruttiva (salvo gli interventi di chirurgia ricostruttiva direttamente riconducibili e connessi all'elenco degli interventi chirurgici di cui all'allegato 2) e, con esclusivo riferimento ai piani integrativi, quelli resi necessari da intervento demolitivo per neoplasia maligna, anche effettuati in un secondo tempo rispetto all'intervento demolitivo ma comunque in vigenza di polizza). Sono esclusi gli interventi di simmetrizzazione mammaria
- 2) interventi e qualsiasi atto chirurgico, prestazioni, terapie o procedure per trattare l'infertilità o la sterilità maschile o femminile accertata e comunque tutti gli atti per la fecondazione artificiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari in materia di procreazione medicale assistita
- 3) Ricoveri in RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), in strutture per lunga degenza, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 4) trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool, di psicofarmaci e all'uso di stupefacenti o allucinogeni
- 5) infortuni che derivano dalla pratica sportiva professionale
- 6) infortuni che derivano dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e alle relative prove e allenamenti
- 7) infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato
- 8) conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo le radiazioni provocate dalla radioterapia
- 9) conseguenze di guerra, insurrezioni e di qualsiasi atto di terrorismo
- 10) conseguenze di movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti
- 11) terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 12) certificazioni mediche per rilascio patente, idoneità pratiche sportive
- 13) imposta di bollo, diritti di segreteria, diritti amministrativi, spese per magazzino dei medicinali, rilascio della copia della cartella clinica, delle radiografie, dei cd, dei dvd, spese di viaggio
- 14) iniezioni sclerosanti
- 15) medicina legale e medicina del lavoro
- 16) prestazioni di medicina generica comprese, tra l'altro, visite, iniezioni, fleboclisi, vaccinazioni, certificazioni varie, ecc, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 17) trattamenti di medicina alternativa o complementare, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 18) ricoveri in case di cura dedicate al benessere della persona
- 19) prestazioni effettuate in palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico; spese per il noleggio di apparecchiature, presidi e protesi
- 20) agopuntura, salvo quanto previsto dai Piani Sanitari
- 21) tutte le prestazioni non espressamente previste dai Piani Sanitari.
- 22) interventi di chirurgia bariatrica per la cura dell'obesità, eccetto i casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40); prestazioni e terapie in genere con finalità dietologica
- 23) cure e interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)
- 24) ricoveri impropri
- 25) conseguenze dirette o indirette di pandemie.



Ci sono limiti di copertura?

Il Contraente/Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute se hanno stipulato o stipulano 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 il Piano Base. Se non diversamente indicato, i massimali sono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

PIANO BASE

**Massimali*/somme
assicurate -
scoperti/franchigie/
massimi
indennizzabili**

A. PRESTAZIONI OSPEDALIERE IN CONTESTO DI INTERVENTO CHIRURGICO

(COMPRESO NELL'ELENCO DI CUI ALL'ALLEGATO

"ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI" ALLE CDA)

ed estensione ad interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale

<p>A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico, interventi eseguiti in DH, DS o in regime ambulatoriale (compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA)</p> <p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso/S.S.N.</p> <p>Sub massimale intervento ricostruttivo post mastectomia per demolizione avvenuta dopo il 01.01.2024</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso <i>Ticket</i></p> <p>Pre/post</p> <p>Trasporto sanitario</p> <p>Retta di degenza dell'accompagnatore</p>	<p style="text-align: center;">Da elenco GIC</p> <p style="text-align: center;">illimitato</p> <p style="text-align: center;">18.000,00 euro per interventi ordinari 22.500,00 euro per interventi complessi 45.000,00 euro per trapianti</p> <p style="text-align: center;">4.000,00 euro una tantum a triennio (2024-2026) per evento a mammella</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 15%</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 15%- nei massimali previsti per i singoli interventi</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">giorni illimitati</p> <p style="text-align: center;">100%</p> <p style="text-align: center;">100%</p>
<p>A.2 Indennità sostitutiva per intervento chirurgico (solo per ricoveri con intervento chirurgico comportanti pernottamento – no day hospital e day surgery) compreso nell'elenco di cui all'allegato "Elenco Grandi Interventi Chirurgici" alle CDA</p>	<p style="text-align: center;">100,00 euro al giorno max. 150 gg.</p>
B. PRESTAZIONI EXTRA-RICOVERO/ASSISTENZA SPECIALISTICA AMBULATORIALE	
<p>B.1 Alta Specializzazione</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso</p>	<p style="text-align: center;">da elenco</p> <p style="text-align: center;">max. 5 prestazioni per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare.</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 40%</p> <p style="text-align: center;">max. 50,00 euro per accertamento</p>
<p>B.2 Visite specialistiche</p> <p>Massimale</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta</p>	<p style="text-align: center;">max. 5 visite per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare</p> <p style="text-align: center;">franchigia 45,00 euro</p>

	rimborso	max. 50,00 euro per visita
B.3 Ticket per accertamenti diagnostici alta specializzazione e visite specialistiche		
Massimale		5.000 euro anno/nucleo
Condizioni	<i>Ticket</i>	100%
B.4 Accertamenti diagnostici		
Massimale		max. 5 accertamenti per nucleo familiare; senza limitazioni in presenza di figli disabili nel nucleo familiare
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 40% max. 30,00 euro per fattura
B.5 PACCHETTO MATERNITÀ		
- B.5.1 ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI ED ANALISI LABORATORIO		Con riferimento alle visite/controlli, il numero massimo complessivo rimborsabile è di 4 visite/controlli per gravidanza (elevate a 6 per gravidanza a rischio).
- Ecografie e analisi di laboratorio (esami ematochimici, analisi microbiologiche) effettuate in gravidanza, translucenza nucale ed ogni altro tipo di accertamento diagnostico finalizzato al monitoraggio della gravidanza e dello sviluppo del feto recepito dal Nomenclatore Tariffario del S.S.N.		
- test genetici prenatali (E.G. Harmony Test, Prenatal Safe) su DNA fetale		
- amniocentesi o villocentesi:		
• per le donne di 35 anni o più: possono essere erogate senza prescrizione		
• per le donne di meno di 35 anni: possono essere erogate solo nel caso di malformazione familiare in parenti di primo grado o nel caso di patologie sospette della madre o del feto.		
- B.5.2 VISITE DI CONTROLLO OSTETRICO GINECOLOGICHE		
- visite di controllo ostetrico ginecologiche effettuate nel corso della gravidanza da medici specializzati in ostetricia ginecologia		
- controlli ostetrici effettuati da personale sanitario abilitato all'esercizio della professione di ostetrica o iscritto all'apposito albo professionale		
- una visita anestesiológica in caso di programmazione di parto cesareo o di parto indolore.		
Massimale		700,00 euro per evento gravidanza
Condizioni	diretta rimborso <i>Ticket</i>	100% 100% 100%
B.5.3 Supporto psicologico post parto		Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) max 3 visite psicologiche
Massimale		

	diretta rimborso/S.S.N.	Illimitato Illimitato
Condizioni	diretta rimborso Ticket	100% max. 36,00 euro per visita 100%
C. FISIOTERAPIA		
C.1 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di infortunio		
Massimale	diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta diretta domiciliare rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione 100%
C.2 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria post intervento indennizzabili secondo i termini riportati alla garanzia "A.1 Ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico"		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta diretta domiciliare rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 20,00 euro ad accesso Scoperto 30% 100%
C.3 Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria a seguito di malattia		
Massimale	Diretta/diretta domiciliare	500,00 euro
	rimborso/S.S.N.	250,00 euro
Condizioni	diretta diretta domiciliare rimborso Ticket	Scoperto 30% Scoperto 30% più franchigia 25,00 euro ad accesso Scoperto 30%, max. 25,00 euro per prestazione 100%
D. ODONTOIATRIA		
D.1 Cure dentarie		cure odontoiatriche (compresa la paradontologia), terapie conservative, protesi dentarie su elementi trattati chirurgicamente in vigenza di copertura (non sono riconosciute in caso di edentulia e in caso di manutenzione)

Massimale		corone o sostituzione impianti), terapie canalari
Condizioni	diretta	2.000,00 euro
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Visita odontoiatrica e ablazione tartaro
	diretta	Qualora, a seguito di verifica tramite il portale, il centro convenzionato per lo svolgimento delle prestazioni si trovi ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell'Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'assicurato avrà diritto ad effettuare le prestazioni in una qualsiasi struttura non convenzionata con applicazione in ogni caso delle condizioni applicate dai centri convenzionati per l'esecuzione delle prestazioni. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.
	rimborso	Scoperto 35%
	Ticket	Scoperto 25%
		100%
D.2 Visita odontoiatrica e ablazione tartaro		
Massimale		Una volta l'anno per ciascuna persona con età superiore ai 15 anni compiuti appartenente al Nucleo Familiare.
Condizioni	diretta	illimitato
	rimborso/S.S.N.	400,00 euro condiviso con Cure Dentarie
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 25%, max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.3 Visita pedodontica e/o ablazione del tartaro		
Massimale		Una volta l'anno
Condizioni		Illimitato
	diretta	100%
	rimborso	max. 45,00 euro anno/persona
	Ticket	100%
D.4 Sigillatura denti figli minorenni		
Massimale		Illimitato
Condizioni	diretta	100%
	rimborso	max. 40,00 euro per dente, max. 2 denti a persona
	Ticket	100%
D.5 Interventi chirurgici odontoiatrici (sia in regime di ricovero che ambulatoriale)		
		Osteiti mascellari che coinvolgano almeno un terzo dell'osso mascellare o dell'osso mandibolare; Neoplasie ossee della mandibola o della mascella; Cisti radicolari; Cisti follicolari; Adamantinoma; Odontoma; Asportazione di cisti mascellari; Asportazione di epulide con resezione del bordo; Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.); Ricostruzione del fornice (per emiarcata); Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico; Rizotomia e rizectomia; Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare; Gengivectomia per emiarcata; Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento); Estrazione di terzo molare in disodontosi (per elemento) ; Apicectomia per radice; Inserimento di materiale biocompatibile per emiarcata; Estrazione dente deciduo in

<p>Massimale Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta Ticket</p>	<p>anchilosi; Pede estrazione dente deciduo; Estrazione dente permanente; Frenulectomia o frenulotomia; Intervento per flemmone delle logge perimascellari; Livellamento delle creste alveolari, eliminazione di sinechie mucose; Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso; Implantologia post intervento chirurgico odontoiatrico.</p> <p>L'impianto osteointegrato rientra nella presente garanzia se posizionato entro 12 mesi dall'estrazione indennizzata ai sensi della presente polizza o entro 18 mesi in caso di rigenerativa tardiva. In deroga alla predetta tempistica, Intesa Sanpaolo RBM Salute si riserva di ammettere in copertura anche interventi effettuati entro 15 mesi dall'estrazione (o 21 mesi in caso di rigenerazione tardiva), purchè sempre effettuati durante la vigenza contrattuale, qualora risulti dimostrato a livello medico un diretto collegamento tra l'intervento implantologico e l'intervento chirurgico. In ogni caso, anche per l'impianto osteointegrato trovano applicazione le condizioni di assicurazione vigenti al momento del relativo posizionamento.</p> <p style="text-align: right;">2.000,00 euro</p> <p style="text-align: right;">Scoperto 35%</p> <p style="text-align: right;">100%</p>
E. PREVENZIONE	
<p>La presente garanzia opera in continuità rispetto a quella prevista dal contratto in vigore nel precedente triennio 2021 – 2023: per gli esami di prevenzione che possono essere eseguiti una volta ogni due anni, chi avesse eseguito gli esami nel 2023 potrà fruirne solo nel 2025; chi avesse eseguito gli esami nel 2022 potrà fruirne nel 2024 e poi nuovamente nel 2026.</p> <p>Qualora il centro convenzionato autorizzato per lo svolgimento dei pacchetti di prevenzione si dovesse trovare ad una distanza dalla residenza del Titolare caponucleo o dalla sede dell' Azienda presso cui ha eletto domicilio nel caso di lavoratore transfrontaliero superiore a 30 km, l'Assicurato avrà diritto, previa richiesta di emissione del Voucher Salute® da parte della Centrale Operativa, ad effettuare il pacchetto in una qualsiasi altra struttura appartenente alla rete convenzionata che non abbia attivato la convezione dei pacchetti prevenzione con applicazione delle condizioni previste dai centri appartenenti al Network. Tale agevolazione chilometrica non trova applicazione per chi è all'estero.</p>	
E.1 PREVENZIONE BASE	
E.1.1 Prevenzione base	<p>esami del sangue [alanina aminotransferasi ALT, aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, glicemia, trigliceridi, tempo di protrombina (PT), urea - Gamma GT, tempo di tromboplastina parziale (PTT) e VES], delle urine, delle feci (solo per screening del carcinoma del colon per persone tra i 50 anni e i 69 anni di età compiuti), elettrocardiogramma di base, come da elenco. Una volta ogni 2 anni per nucleo familiare.</p>
<p>Massimale</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso</p> <p>Condizioni</p> <p style="text-align: right;">diretta rimborso</p>	<p style="text-align: center;">Illimitato</p> <p style="text-align: center;">80,00 euro a pacchetto</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 20%</p> <p style="text-align: center;">Scoperto 20%</p>
E.1.2 Prevenzione Monitoraggio Patologie Tiroidee Massimale	<p>visita endocrinologica, TSH, FT3 e FT4; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare</p>

Condizioni	diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.3 Prevenzione Sovraccarico Funzionale Massimale		visita fisiatrice o ortopedica; 1 volta ogni due anni per nucleo familiare
Condizioni	diretta Rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.1.4 Sindrome metabolica Massimale		L'operatività della garanzia è subordinata all'osservanza delle indicazioni fornite in ordine al corretto stile di vita da adottare; a tal fine è attuato un monitoraggio nel tempo mediante la cartella medica online personale nell'Area riservata. Una volta l'anno/ogni 6 mesi. Prestazioni da elenco
Condizioni	diretta rimborso	Illimitato 25,00 euro a pacchetto (50,00 euro in caso di sindrome metabolica conclamata)
	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2 PREVENZIONE DONNA		
E.2.1 Pacchetto Donna		<p>Pacchetto A (in alternativa a pacchetto B) Donne – oltre i 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Pacchetto B (in alternativa a pacchetto A) Donne – tra 21 e 24 anni Visita ginecologica + PAP TEST</p> <p>Donne – oltre i 30 anni Visita ginecologica + TEST HPV (PAPILLOMA VIRUS)</p> <p>Pacchetto C (in aggiunta a pacchetto A o pacchetto B)</p> <p>Donne – tra 40 e 49 anni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Visita senologica • Mammografia <p>Donne – oltre i 50 anni Mammografia</p> <p>Donne – senza limiti di età Ecografia transvaginale</p> <p>Il pacchetto può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025), con eccezione della "Visita ginecologica + Test HPV (Papilloma Virus)" (prevista per Donne oltre i 30 anni) che può essere eseguita solo una volta nel triennio 2024-2026).</p>

Massimale	diretta rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.2.2 Ecografia Mammaria Bilaterale (Prestazione aggiuntiva al pacchetto Donne - tra 30 e 39 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare, (chi l'avesse eseguita nel 2023 potrà effettuarla nel 2025)
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 36,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Donna
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3 PREVENZIONE UOMO		
E.3.1 Pacchetto Uomo		Il Pacchetto Uomo può essere eseguito una volta ogni 2 anni, dall'Assicurato o da un componente del suo Nucleo Familiare (chi lo avesse effettuato nel 2023 potrà richiederlo nel 2025). Uomo – oltre i 21 anni - visita cardiologica - ecografia testicolare (eseguibile fino al compimento dei 40 anni) Uomo – oltre i 50 anni • PSA • Rettosigmoidoscopia, può essere autorizzata solo in ambito di screening del colon, a seguito di esame della ricerca del sangue occulto delle feci risultato positivo Uomo – senza limite di età - visita urologica - ecografia prostatica (Ecografia transrettale)
Massimale	Diretta Rimborso	Illimitato 80,00 euro
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
E.3.2 Pacchetto prevenzione del cancro alla prostata (aggiuntivo rispetto al pacchetto uomini oltre i 50 anni)		1 volta ogni 2 anni per l'Assicurato o per un componente del suo nucleo familiare (chi lo avesse eseguito nel 2023 potrà eseguirlo nel 2025): • PSA FREE: • 2 PRO PSA
Massimale	diretta rimborso	Illimitato 50,00 euro a pacchetto da aggiungere agli 80,00 euro previsti nel Pacchetto Uomo
Condizioni	diretta rimborso	Scoperto 20% Scoperto 20%
F. INVALIDITÀ PERMANENTE (per patologie o infortuni insorti anche prima dell'attivazione della copertura sanitaria)		
F. 1 Invalidità permanente (da malattia o infortunio) A) Invalidità da infortunio sul lavoro o da malattie professionali certificata dall'INAIL		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco)

tra 24% e 33%		7.000,00 euro
>33% e fino 66%		10.000,00 euro
>66% e fino 100%		15.000,00 euro
B) Invalidità per patologia certificata dall'INPS, di grado uguale o superiore all'80%		plafond una tantum (cioè una sola volta nel triennio 2024-2026), a rimborso (da elenco)
tra 80% e 90%		8.000,00 euro
tra 91% e 100%		10.000,00 euro
G. ALTRE PRESTAZIONI		
G.1 Interventi chirurgici minori eseguiti in chirurgia ambulatoriale o Day-Surgery o in Day Hospital		da elenco. È riconosciuta anche la prima notte di degenza in caso di trasformazione del regime dell'intervento da DH o DS in regime di ricovero notturno.
Massimale		
	diretta	1.500,00 euro per evento
	rimborso/S.S.N.	1.500,00 euro per evento
Condizioni		
	diretta	Scoperto 35%
	rimborso	Scoperto 35%
	Ticket	100%
G.2 Procreazione medicalmente assistita (PMA) - tutte le tecniche		
Massimale		
	diretta	700,00 euro
	rimborso	500,00 euro
G.3 Trisomia 21- sindrome di down (figli del Titolare caponucleo)		In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a 1.000,00 euro per anno/neonato.
G.4 Visite psicologiche/psichiatriche per anoressia o bulimia di assicurato in età adolescenziale (dai 12 ai 18 anni non compiuti) \ a seguito dell'insorgenza di grave malattia Oncologica		
Massimale		
	diretta	un ciclo annuale di 10 sedute di psicoterapia
	rimborso/ Ticket	350,00 euro
		250,00 euro
Condizioni		
	diretta	100%
	rimborso	max. 36,00 euro per visita
	Ticket	100%
G.5 Logopedia figli minorenni		
Massimale		
	diretta	100,00 euro
	rimborso	100%
		max. 20,00 euro a seduta
	Ticket	100%
H. PRESTAZIONI SOCIALI		
(solo per i Nuclei Familiari che nel corso dell'annualità non hanno ottenuto il rimborso di nessuna prestazione sanitaria)		
H.1 Indennità per le spese assistenziali sostenute per i figli disabili del titolare caponucleo		Indennizzo annuo di ammontare pari a 750,00 euro per Nucleo Familiare innalzato a 1.000,00 euro in caso di Nucleo Familiare monoparentale o monoreddito in favore degli Aderenti che hanno figli disabili con una invalidità riconosciuta superiore al 45% (Legge 68 del 1999). Tale indennizzo si intende erogato, a titolo di forfait, per le spese

di assistenza eventualmente sostenute dai titolari per i figli con invalidità superiore al 45%.

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVISTI IN TUTTI I PIANI SANITARI

Diagnosi comparativa, prestazioni a tariffe agevolate, consulenza medica, guardia medica permanente, second opinion, tutoring, rimpatrio salma, invio di un medico generico a domicilio, invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

***I massimali sono tutti da intendersi anno/nucleo salvo dove diversamente indicato**
Per una esaustiva descrizione delle prestazioni erogabili si rinvia la lettura alla documentazione informativa completa.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?


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 domanda di rimborso.
	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 al rimborso e può cessare l'assicurazione (Articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice civile). L'Assicurato deve comunicare a Intesa Sanpaolo RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	Intesa Sanpaolo RBM Salute si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - rilasciare il VoucherSalute® entro 7 giorni lavorativi 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 il rimborso (da intendersi come conclusione della pratica e non di accredito) all'Assicurato entro 15 giorni lavorativi dal ricevimento della richiesta di rimborso completa della documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.





Quando e come devo pagare?


Premio	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Rimborso	Non è previsto il rimborso del premio perché è dovuto sino al mese di permanenza in copertura assicurativa. Se la comunicazione di esclusione del lavoratore dalla copertura assicurativa da parte del Fondo a Intesa Sanpaolo RBM Salute avviene entro il quinto giorno del mese

	<p>successivo rispetto al mese di cessazione (mese di riferimento), quest'ultima ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di riferimento. Se la comunicazione è ricevuta dalla Compagnia successivamente al predetto quinto giorno, la cessazione ha effetto dalle 24.00 dell'ultimo giorno del mese di ricezione della comunicazione.</p> <p>La cessazione produce contestualmente i suoi effetti anche per i componenti del Nucleo familiare a carico del Titolare caponucleo.</p> <p>Per i componenti del Nucleo Familiare non a carico la copertura cessa al 31 dicembre dell'anno cui si riferisce l'adesione del familiare pagante.</p>
--	---

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Il Fondo Metasalute e Intesa Sanpaolo RBM Salute, quest'ultima anche nell'interesse delle imprese coassicuratrici, hanno facoltà di recedere dalla Convenzione, con effetto dalle 00.00 del 01.01.2025 ovvero dalle 00.00 del 01.01.2026. Il recesso, a pena di decadenza, dovrà essere comunicato per iscritto a tutte le altre parti della Convenzione mediante raccomandata A.R. o PEC entro il 01.07 dell'anno antecedente all'efficacia del recesso stesso.
Risoluzione	La copertura assicurativa cessa in ragione della richiesta di esclusione del lavoratore formulata dal Fondo Metasalute nei confronti di Intesa Sanpaolo RBM Salute, sotto la sua piena responsabilità, in ragione della perdita del diritto del lavoratore stesso di fruire dei Piani Sanitari del Fondo.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
<p>Ai lavoratori dipendenti iscritti al Fondo Metasalute e relativo nucleo familiare a carico.</p> <p>È data facoltà al dipendente di estendere la copertura assicurativa, su base volontaria e a fronte del pagamento del relativo premio, ai componenti del nucleo familiare non a carico.</p>	

 Quali costi devo sostenere?	
Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>I reclami sul contratto o un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati all'Ufficio Reclami di Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. a scelta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - compilando on line il modulo (https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/reclami.html) - per posta, ordinaria o raccomandata: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE) - per fax: 0110932609 - per mail: reclami@intesasanpaolorbmsalute.com

	<ul style="list-style-type: none"> - a mezzo pec: reclami@pec.intesasanpaolorbmsalute.com <p>Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato - nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità - numero di pratica - esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo. <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>
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Con l'assistenza necessaria di un avvocato, puoi interpellare un Organismo di Mediazione da scegliere tra quelli elencati nell'apposito registro tenuto presso il Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98) al fine di raggiungere un accordo tra le parti.</p> <p>Il tentativo di mediazione costituisce condizione per poter procedere con una causa civile.</p> <p style="text-align: center;">La richiesta di mediazione può essere inviata a: Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. Ufficio Sinistri Via A. Lazzari n. 5, 30174 Venezia – Mestre (VE)</p> <p>oppure all'indirizzo pec: comunicazioni@pec.intesasanpaolorbmsalute.com</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato a Intesa Sanpaolo RBM Salute.</p> <p>La negoziazione assistita è facoltativa e non costituisce condizione di procedibilità per poter agire giudizialmente.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</p>

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE/ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

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: Metasalute Convenzione 100895

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

Che tipo di assicurazione è?

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni ospedaliere, extraospedaliere, fisioterapiche, di prevenzione, odontoiatriche e altre garanzie, differenziate in Piani sanitari (Base, MS1, MS2, MS3, MS4).



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo RBM Salute dà, a seconda del piano prescelto:

- ✓ Spese mediche in caso di ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico
- ✓ Indennità sostitutiva per intervento chirurgico: Intesa Sanpaolo RBM Salute corrisponde un’indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero con intervento chirurgico
- ✓ Diaria da gesso in caso di applicazione di gessatura o tutore immobilizzante sostitutivo
- ✓ Alta specializzazione, visite specialistiche, ticket per accertamenti diagnostici e accertamenti diagnostici: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di alta specializzazione, visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- ✓ Pacchetto maternità: Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio, visite di controllo ostetrico ginecologiche in gravidanza, supporto psicologico post parto
- ✓ Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria
- ✓ Odontoiatria: Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al pagamento delle spese per determinate curie dentarie
- ✓ Prevenzione: sono riconosciute un elenco di prestazioni a scopo preventivo
- ✓ Invalidità permanente da malattia o infortunio: Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificate INAIL o invalidità permanente per patologia certificata INPS
- ✓ Lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto: La presente copertura prevede il pagamento delle spese sostenute per l’acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall’oculista
- ✓ Procreazione medicale assistita: La presente garanzia prevede la copertura delle spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA)
- ✓ Protesi: rimborso delle spese per acquistare protesi ortopediche e apparecchi acustici
- ✓ Servizi aggiuntivi: Diagnosi comparativa, Prestazioni a tariffe agevolate, Consulenza medica, Guardia medica permanente, Second opinion, Tutoring, Rimpatrio salma, Invio di un medico generico a domicilio, Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

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

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Nessun limite di età per gli Assicurati, con eccezione
 - dei figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) che rientrano nel “Nucleo familiare a carico” sino al compimento del 26° anno di età (salvo il caso di figli con disabilità come definiti nella definizione di “Nucleo Familiare a carico”)
 - dei figli fiscalmente a carico che possono rientrare nel “Nucleo familiare non a carico” solo a decorrere dal giorno successivo al compimento del 26mo anno di età.
- ✗ 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 corse automobilistiche) e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti, nonché le malattie conseguenti all’abuso di alcool, di psicofarmaci e all’uso di stupefacenti o allucinogeni. Sono altresì escluse le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui le iniezioni sclerosanti) 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.
- ✗ Sono escluse le conseguenze dirette o indirette di pandemie



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura prevede franchigie e scoperti specifici per garanzia, che possono causare la riduzione o il mancato pagamento dell’indennizzo.



Dove vale la copertura?

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

- L'Assicurato deve rendere dichiarazioni precise, complete e non reticenti sul rischio da assicurare e nel corso del contratto deve comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Se non rispetta questi obblighi, 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 di diagnosi 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 verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole)
- Se l'Assicurato vuole utilizzare una struttura convenzionata, o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato deve sempre usare il regime di assistenza diretta.



Quando e come devo pagare?

- Il premio è annuo e indivisibile, è frazionato nel suo valore in dodici mensilità, è pagato su base mensile alle scadenze per ciascun lavoratore iscritto.
- Il premio aggiuntivo relativo ai componenti del Nucleo familiare non fiscalmente a carico è sempre annuale. Il versamento dei premi avviene con cadenza mensile posticipata entro il giorno 20 del terzo mese successivo al mese di riferimento.
- 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.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura dura 3 anni; decorre dalle ore 00.00 del 01/01/2024, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti dalle ore 00 del giorno dopo il pagamento; scade alle ore 24.00 del 31/12/2026.
- Non è previsto il tacito rinnovo.
- La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).



Come posso disdire la polizza?

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



ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE	
Cardiochirurgia, e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 18.000,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 18.000,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 18.000,00
Trapianto cardiaco	€ 45.000,00
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti complessi o complicati	€ 18.000,00
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti singoli non complicati	€ 18.000,00
Bypass aortocoronarico a cuore battente	€ 18.000,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso (esclusi gli interventi eseguiti in cardiologia interventistica)	€ 18.000,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 18.000,00
Tiroidectomia totale con eventuale linfadenectomia (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 18.000,00
Esofago	
Esofagectomia totale ed esofagectomia sub-totale	€ 18.000,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 18.000,00
Fegato	
Derivazioni biliodigestive	€ 18.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 18.000,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 18.000,00
Interventi per echinococchi	€ 18.000,00
Colecistectomia anche per via endoscopica	€ 18.000,00
Interventi sulla papilla di Vater	€ 18.000,00
Re-interventi sulle vie biliari	€ 18.000,00
Resezioni epatiche	€ 18.000,00
Trapianto di fegato	€ 45.000,00
Interventi su polmone – bronchi – trachea	
Interventi per fistole bronchiali	€ 18.000,00
Pleuropneumectomia	€ 22.500,00
Pneumectomia	€ 18.000,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 22.500,00
Resezioni segmentarie e lobectomia	€ 18.000,00
Timectomia per via toracica	€ 18.000,00
Trapianto di polmone	€ 45.000,00
Tumori della trachea	€ 22.500,00
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 18.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpatiectomia dorsale toracoscopica, simpaticotomia, neurocompressione del simpatico toracico (o simpaticofrasi o clamping).	€ 18.000,00
Simpatiectomia lombare	€ 18.000,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 18.000,00
Colectomie parziali	€ 18.000,00
Sigmoidostomia compreso eventuale intervento di chiusura stomia	€ 18.000,00
Nervi periferici	
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 18.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 18.000,00
Neurochirurgia	
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 22.500,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Apertura di ascesso cerebrale	€ 18.000,00



Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 18.000,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	€ 22.500,00
Asportazione tumori dell'orbita	€ 18.000,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 18.000,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 18.000,00
Cordotomia e mielotomia percutanea	€ 18.000,00
Cranioplastica	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 18.000,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 18.000,00
Emisferectomia	€ 22.500,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 22.500,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 18.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore (impianto di neuromodulatore) o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 22.500,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 18.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 18.000,00
Intervento per encefalomeningocele	€ 18.000,00
Interventi neurochirurgici per ablazione foci epilettogeni	€ 18.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 18.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 18.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 18.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 18.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 18.000,00
Radiochirurgia stereotassica intracranica	€ 18.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Spondilolistesi (dal II grado e radiologicamente documentata)	€ 18.000,00
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari	€ 18.000,00
Tattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 22.500,00
Tattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 18.000,00
Tattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 18.000,00
Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite acuta	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 18.000,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticca	€ 18.000,00
Splenectomia	€ 18.000,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 18.000,00
Retto - Ano	
Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 18.000,00
Operazione per megacolon	€ 18.000,00
Proctocolectomia totale	€ 18.000,00
Proctocolectomia totale, se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 18.000,00



Stomaco, duodeno	
Plastica anti reflusso (laparotomica o laparoscopica, non endoscopica)	€ 18.000,00
Gastroectomia se allargata	€ 18.000,00
Gastroectomia totale	€ 18.000,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 18.000,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 18.000,00
Resezione gastrica	€ 18.000,00
Resezione gastroduodenale per ulcera peptica post-operatoria	€ 18.000,00
Sutura di perforazioni gastriche e duodenali	€ 18.000,00
Torace – parete toracica	
Correzioni di malformazioni parietali	€ 18.000,00
Resezione costali	€ 18.000,00
Toracotomia esplorativa	€ 18.000,00
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con eventuali linfadenectomie associate	€ 18.000,00
Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie	€ 18.000,00
Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate, qualsiasi tecnica	€ 18.000,00
Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella, qualsiasi tecnica senza altre linfadenectomie associate	€ 18.000,00
CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE	
Labioschisi bilaterale	€ 18.000,00
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 18.000,00
Palatoschisi totale	€ 18.000,00
Plastiche per paralisi facciali, anastomosi nervosa da strutture nervose controlaterali o il lembo di muscolo temporale, EMTL procedure (Endoscopically assisted Multiple muscle transposition and Lift)	€ 18.000,00
Push-bach e faringoplastica	€ 18.000,00
Ricostruzione della emimandibola	€ 18.000,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 18.000,00
Riduzione frattura orbitaria	€ 18.000,00
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 18.000,00
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 18.000,00
CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)	
Arti	
Malformazioni complesse delle mani (es: sindattilia, polidattilia) per tempo operatorio	€ 18.000,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 18.000,00
Ricostruzione del pollice	€ 18.000,00
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 18.000,00
Cranio – faccia e collo	
Gravi e vaste mutilazioni del viso (gravità: interessamento di occhi bocca e naso; vastità: interessamento di più di 1/3 del volto)	€ 22.500,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 18.000,00
Torace e addome	
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 18.000,00
Malformazione della gabbia toracica (escluse le malformazioni asintomatiche, come ad esempio il pectus excavatum asintomatico)	€ 18.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 18.000,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 22.500,00
Ricostruzione vaginale	€ 18.000,00
CHIRURGIA VASCOLARE	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 18.000,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 18.000,00
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 18.000,00
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 18.000,00
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 18.000,00



Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 18.000,00
Interventi per innesti di vasi	€ 18.000,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 18.000,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 18.000,00
Legatura vena cava inferiore	€ 18.000,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 18.000,00
Sutura arterie periferiche	€ 18.000,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 18.000,00
Tattamento chirurgico della elefantiasi degli arti (con dettaglio fotografico)	€ 18.000,00
Tattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 18.000,00
GINECOLOGIA	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia) e laparoscopica	€ 18.000,00
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	€ 18.000,00
LARINGE – TRACHEA – BRONCHI - ESOFAGO	
Collo (vedere anche chirurgia generale)	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 18.000,00
Asportazione di fistole congenite	€ 18.000,00
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 18.000,00
Esofagotomia cervicale	€ 18.000,00
Legatura di grossi vasi	€ 18.000,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 18.000,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 18.000,00
Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 18.000,00
Interventi per paralisi degli abduuttori	€ 18.000,00
Laringectomia parziale	€ 18.000,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 18.000,00
Laringectomia sopraglottica	€ 18.000,00
Laringectomia totale	€ 18.000,00
Laringofaringectomia	€ 18.000,00
OCULISTICA	
Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 18.000,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 18.000,00
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 18.000,00
Odontocheratoprotesi	€ 18.000,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	€ 18.000,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
Emipelvectomia	€ 18.000,00
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 22.500,00
Protesi totale per displasia d'anca	€ 22.500,00
OSTETRICIA	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 18.000,00



OTORINOLARINGOIATRIA	
Cavo orale e faringe	
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale	€ 18.000,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 18.000,00
Tumori parafaringei	€ 18.000,00
Ghiandole salivari	
Parotidectomia totale con o senza preparazione del facciale	€ 18.000,00
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 18.000,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 18.000,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 18.000,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 18.000,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 18.000,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 18.000,00
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 18.000,00
Distruzione del labirinto	€ 18.000,00
Neurinoma del VIII paio	€ 22.500,00
Sezione del nervo cocleare	€ 18.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 18.000,00
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 18.000,00
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 18.000,00
UROLOGIA	
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 18.000,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 18.000,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare	€ 18.000,00
Orchidopessi bilaterale	€ 18.000,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 18.000,00
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica)	€ 18.000,00
Rene	
Endopielolitotomia per stenosi del giunto piero-ureterale	€ 18.000,00
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 22.500,00
Nefrectomia parziale	€ 18.000,00
Nefrectomia semplice	€ 18.000,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 18.000,00
Nefroureterectomia totale	€ 22.500,00
Pielotomia	€ 18.000,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 18.000,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 18.000,00
Trapianto renale	€ 22.500,00
Surrene	
Surrenalectomia	€ 18.000,00
Uretere	
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con psioizzazione vescicole	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 18.000,00
Ureteroplastica	€ 18.000,00
Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale	€ 18.000,00



Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 18.000,00
Uretrectomia	€ 18.000,00
Vescica	
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder	€ 22.500,00
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale	€ 18.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi	€ 18.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia	€ 18.000,00
Diverticolectomia con U.C.N. (uretero-cisto-neostomia)	€ 18.000,00
Emitrignonectomia	€ 18.000,00
Ileo bladder	€ 18.000,00
Ileo e/o colonicistoplastiche	€ 18.000,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 18.000,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 18.000,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 18.000,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 18.000,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 22.500,00



**ELENCO
GRANDI INTERVENTI
CHIRURGICI
2024 - 2026**



ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CHIRURGIA GENERALE	
Cardiochirurgia, e chirurgia toracica	
Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso	€ 18.000,00
Fistole arterovenose polmonari	€ 18.000,00
Ricostruzione sternale per "Pectus excavatum"	€ 18.000,00
Trapianto cardiaco	€ 45.000,00
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti complessi o complicati	€ 18.000,00
Tutti gli interventi a cuore aperto in C.E.C. (circolazione extra corporea) per difetti singoli non complicati	€ 18.000,00
Bypass aortocoronarico a cuore battente	€ 18.000,00
Tutti gli interventi: a cuore chiuso (esclusi gli interventi eseguiti in cardiologia interventistica)	€ 18.000,00
Collo	
Tiroidectomia parziale solo per patologia tumorale	€ 18.000,00
Tiroidectomia totale con eventuale linfadenectomia (chirurgica o con radioiodio terapia)	€ 18.000,00
Esofago	
Esofagectomia totale ed esofagectomia sub-totale	€ 18.000,00
Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico	€ 18.000,00
Fegato	
Derivazioni biliodigestive	€ 18.000,00
Drenaggio di ascesso epatico	€ 18.000,00
Interventi chirurgici per ipertensione portale	€ 18.000,00
Interventi per echinococchi	€ 18.000,00
Colecistectomia anche per via endoscopica	€ 18.000,00
Interventi sulla papilla di Vater	€ 18.000,00
Re-interventi sulle vie biliari	€ 18.000,00
Resezioni epatiche	€ 18.000,00
Trapianto di fegato	€ 45.000,00
Interventi su polmone – bronchi – trachea	
Interventi per fistole bronchiali	€ 18.000,00
Pleuropneumectomia	€ 22.500,00
Pneumectomia	€ 18.000,00
Resezione bronchiale con reimpianto	€ 22.500,00
Resezioni segmentarie e lobectomia	€ 18.000,00
Timectomia per via toracica	€ 18.000,00
Trapianto di polmone	€ 45.000,00
Tumori della trachea	€ 22.500,00
Interventi sul mediastino	
Interventi per tumori	€ 18.000,00
Interventi sul sistema nervoso simpatico	
Simpatiectomia dorsale toracoscopica, simpaticotomia, neurocompressione del simpatico toracico (o simpaticofrasi o clamping).	€ 18.000,00
Simpatiectomia lombare	€ 18.000,00
Intestino	
Colectomia totale	€ 18.000,00
Colectomie parziali	€ 18.000,00
Sigmoidostomia compreso eventuale intervento di chiusura stomia	€ 18.000,00
Nervi periferici	
Asportazione tumori dei nervi periferici	€ 18.000,00
Interventi sul plesso brachiale	€ 18.000,00
Neurochirurgia	
Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto	€ 22.500,00
Anastomosi endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Apertura di ascesso cerebrale	€ 18.000,00



Asportazione di processi espansivi del rachide extra-intradurali extra-midollari	€ 18.000,00
Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc)	€ 22.500,00
Asportazione tumori dell'orbita	€ 18.000,00
Asportazione tumori ossei della volta cranica	€ 18.000,00
Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica	€ 18.000,00
Cordotomia e mielotomia percutanea	€ 18.000,00
Cranioplastica	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale	€ 18.000,00
Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale	€ 18.000,00
Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche	€ 18.000,00
Emisferectomia	€ 22.500,00
Endoarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario	€ 22.500,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale e sul clivus per via anteriore	€ 18.000,00
Interventi chirurgici sulla cerniera atlante-occipitale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi endorachidei per terapia del dolore (impianto di neuromodulatore) o spasticità o per altre affezioni meningomidollari (mielocele, mielomeningocele, etc.)	€ 22.500,00
Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore	€ 18.000,00
Interventi per traumi cranio cerebrali	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari	€ 18.000,00
Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica	€ 18.000,00
Intervento per craniostenosi	€ 18.000,00
Intervento per encefalomeningocele	€ 18.000,00
Interventi neurochirurgici per ablazione foci epilettogeni	€ 18.000,00
Intervento sulla ipofisi per via transfenoidale	€ 18.000,00
Laminectomia esplorativa o decompressiva (per localizzazioni tumorali ripetitive)	€ 18.000,00
Neurotomia retrogasseriana-sezione intracranica di altri nervi	€ 18.000,00
Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)	€ 18.000,00
Radiochirurgia gammaknife	€ 18.000,00
Radiochirurgia stereotassica intracranica	€ 18.000,00
Rizotomia chirurgica e micro decompressione endocranica dei nervi cranici	€ 18.000,00
Spondilolistesi (dal II grado e radiologicamente documentata)	€ 18.000,00
Talamotomia-pallidotomia ed altri interventi similari	€ 18.000,00
Tattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche, (aneurismi saccolari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)	€ 22.500,00
Tattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari Intracraniche	€ 18.000,00
Tattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomielia, ascessi, etc.)	€ 18.000,00
Pancreas - Milza	
Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per neoplasie pancreatiche	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite acuta	€ 18.000,00
Interventi per pancreatite cronica	€ 18.000,00
Pancreasectomia sinistra per neoplasia pancreaticca	€ 18.000,00
Splenectomia	€ 18.000,00
Peritoneo	
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale	€ 18.000,00
Retto - Ano	
Interventi per neoplasie del retto - ano	€ 18.000,00
Operazione per megacolon	€ 18.000,00
Proctocolectomia totale	€ 18.000,00
Proctocolectomia totale, se per via addominoperineale, in uno od in più tempi	€ 18.000,00



Stomaco, duodeno	
Plastica anti reflusso (laparotomica o laparoscopica, non endoscopica)	€ 18.000,00
Gastroectomia se allargata	€ 18.000,00
Gastroectomia totale	€ 18.000,00
Intervento per fistola gastro-digiunocolica	€ 18.000,00
Mega-esofago e esofagite da reflusso	€ 18.000,00
Resezione gastrica	€ 18.000,00
Resezione gastroduodenale per ulcera peptica post-operatoria	€ 18.000,00
Sutura di perforazioni gastriche e duodenali	€ 18.000,00
Torace – parete toracica	
Correzioni di malformazioni parietali	€ 18.000,00
Resezione costali	€ 18.000,00
Toracotomia esplorativa	€ 18.000,00
Mastectomia radicale, qualsiasi tecnica, con eventuali linfadenectomie associate	€ 18.000,00
Mastectomia semplice totale con eventuali linfadenectomie	€ 18.000,00
Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella e linfadenectomie associate, qualsiasi tecnica	€ 18.000,00
Quadrantectomia con ricerca ed asportazione del linfonodo sentinella, qualsiasi tecnica senza altre linfadenectomie associate	€ 18.000,00
CHIRURGIA MAXILLO - FACCIALE	
Labioschisi bilaterale	€ 18.000,00
Mentoplastica di avanzamento, di arretramento, di abbassamento, etc.	€ 18.000,00
Palatoschisi totale	€ 18.000,00
Plastiche per paralisi facciali, anastomosi nervosa da strutture nervose controlaterali o il lembo di muscolo temporale, EMTL procedure (Endoscopically assisted Multiple muscle transposition and Lift)	€ 18.000,00
Push-bach e faringoplastica	€ 18.000,00
Ricostruzione della emimandibola	€ 18.000,00
Riduzione frattura mandibolare con osteosintesi	€ 18.000,00
Riduzione frattura orbitaria	€ 18.000,00
Frattura del III superiore della faccia (NEF): con scalpo	€ 18.000,00
Operazione demolitrice del massiccio facciale con svuotamento orbitale	€ 18.000,00
CHIRURGIA PLASTICA (Ricostruttiva)	
Arti	
Malformazioni complesse delle mani (es: sindattilia, polidattilia) per tempo operatorio	€ 18.000,00
Reimpianto microchirurgico del dito	€ 18.000,00
Ricostruzione del pollice	€ 18.000,00
Trattamento mano reumatoide (protesi escluse)	€ 18.000,00
Cranio – faccia e collo	
Gravi e vaste mutilazioni del viso (gravità: interessamento di occhi bocca e naso; vastità: interessamento di più di 1/3 del volto)	€ 22.500,00
Labioalveoloschisi bilaterale	€ 18.000,00
Torace e addome	
Chirurgia degli stati intersessuali (per tempo operatorio)	€ 18.000,00
Malformazione della gabbia toracica (escluse le malformazioni asintomatiche, come ad esempio il pectus excavatum asintomatico)	€ 18.000,00
Plastica per ipospadia ed epispadia	€ 18.000,00
Plastica ricostruttiva per estrofia vescicale (per tempo operatorio)	€ 22.500,00
Ricostruzione vaginale	€ 18.000,00
CHIRURGIA VASCOLARE	
Anastomosi mesenterica-cava	€ 18.000,00
Anastomosi porta-cava e splenorenale	€ 18.000,00
Correzione e/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass aorto-addominale	€ 18.000,00
Disostruzione e by-pass arterie periferiche	€ 18.000,00
Embolectomia e trombectomia arteriosa per arto	€ 18.000,00
Interv. per stenosi ed ostruzione carotide extracranica, succlavia e arteria anonima	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arteria ascellare, omerale, poplitea, femorale	€ 18.000,00



Interventi per aneurismi artero-venosi a livello ascellare, omerale, popliteo, femorale	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi arterovenosi a livello delle tibiali, glutee e tiroidee	€ 18.000,00
Interventi per aneurismi ed aneurismi artero-venosi dei suelencati vasi arteriosi	€ 18.000,00
Interventi per innesti di vasi	€ 18.000,00
Interventi per stenosi dell'arteria renale, mesenterica e celiaca	€ 18.000,00
Legatura arterie carotidi, vertebrali, succlavia, tronco brachio-cefalico, iliache	€ 18.000,00
Legatura vena cava inferiore	€ 18.000,00
Resezione arteriosa con plastica vasale	€ 18.000,00
Sutura arterie periferiche	€ 18.000,00
Sutura dei grossi vasi degli arti e del collo	€ 18.000,00
Tattamento chirurgico della elefantiasi degli arti (con dettaglio fotografico)	€ 18.000,00
Tattamento endovascolare di aneurismi arteria iliaca comune ed embolizzazione arteria ipogastrica	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica cava	€ 18.000,00
Trombectomia venosa periferica iliaca	€ 18.000,00
GINECOLOGIA	
Isterectomia totale per via laparotomica (con o senza annessiectomia) e laparoscopica	€ 18.000,00
Miomectomia e/o ricostruzione plastica dell'utero	€ 18.000,00
LARINGE – TRACHEA – BRONCHI - ESOFAGO	
Collo (vedere anche chirurgia generale)	
Asportazione di diverticolo esofageo	€ 18.000,00
Asportazione di fistole congenite	€ 18.000,00
Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari	€ 18.000,00
Esofagotomia cervicale	€ 18.000,00
Legatura di grossi vasi	€ 18.000,00
Sutura di ferite profonde con interessamento del tubo laringotracheale o dell'esofago cervicale	€ 18.000,00
Svuotamento laterocervicale bilaterale	€ 18.000,00
Laringe	
Cordectomia per via tirotomica	€ 18.000,00
Interventi per paralisi degli abduuttori	€ 18.000,00
Laringectomia parziale	€ 18.000,00
Laringectomia ricostruttiva	€ 18.000,00
Laringectomia sopraglottica	€ 18.000,00
Laringectomia totale	€ 18.000,00
Laringofaringectomia	€ 18.000,00
OCULISTICA	
Bulbo oculare	
Estrazione di corpo estraneo endobulbare non calamitabile	€ 18.000,00
Orbita	
Operazione di decompressione a sforzo oftalmopatia ed eventuale correzione diplopia	€ 18.000,00
Operazione di Kroenlein od orbitotomia	€ 18.000,00
Odontocheratoprotesi	€ 18.000,00
Trapianto corneale a tutto spessore (solo in ambiente pubblico universitario ed ospedaliero)	€ 18.000,00
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
Emipelvectomia	€ 18.000,00
Intervento di rimozione e reimpianto di protesi d'anca	€ 22.500,00
Protesi totale per displasia d'anca	€ 22.500,00
OSTETRICIA	
Laparotomia per gravidanza extrauterina	€ 18.000,00



OTORINOLARINGOIATRIA	
Cavo orale e faringe	
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento latero-cervicale	€ 18.000,00
Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale, con svuotamento delle logge sottomascellari	€ 18.000,00
Tumori parafaringei	€ 18.000,00
Ghiandole salivari	
Parotidectomia totale con o senza preparazione del facciale	€ 18.000,00
Orecchio esterno	
Atresia auris congenita: ricostruzione	€ 18.000,00
Orecchio medio ed interno	
Anastomosi e trapianti nervosi	€ 18.000,00
Asportazione di tumori dell'orecchio medio	€ 18.000,00
Asportazione di tumori e colesteatomi della rocca petrosa	€ 18.000,00
Chirurgia del nervo facciale nel tratto infratemporale	€ 18.000,00
Chirurgia del sacco endolinfatico	€ 18.000,00
Chirurgia della Sindrome di Mènière	€ 18.000,00
Distruzione del labirinto	€ 18.000,00
Neurinoma del VIII paio	€ 22.500,00
Sezione del nervo cocleare	€ 18.000,00
Sezione del nervo vestibolare	€ 18.000,00
Svuotamento petromastoideo, con innesto dermoepidermico	€ 18.000,00
Trattamento delle petrositi suppurate	€ 18.000,00
UROLOGIA	
Apparato genitale maschile	
Amputazione totale del pene	€ 18.000,00
Anastomosi epididimo deferenziale o ricanalizzazione del deferente (con tecnica microchirurgica)	€ 18.000,00
Linfoadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare	€ 18.000,00
Orchidopessi bilaterale	€ 18.000,00
Orchiectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Orchifuniculectomia per via inguinale	€ 18.000,00
Prostatectomia radicale per carcinoma con linfoadenectomie, compresa eventuale legatura dei deferenti (qualsiasi accesso e tecnica)	€ 18.000,00
Rene	
Endopielolitotomia per stenosi del giunto piero-ureterale	€ 18.000,00
Lombotomia per ascessi pararenali	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore	€ 18.000,00
Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia	€ 22.500,00
Nefrectomia parziale	€ 18.000,00
Nefrectomia semplice	€ 18.000,00
Nefrotomia bivalve in ipotermia (tecnica nuova)	€ 18.000,00
Nefroureterectomia totale	€ 22.500,00
Pielotomia	€ 18.000,00
Pieloureteroplastica (tecniche nuove)	€ 18.000,00
Resezione renale con clampaggio vascolare	€ 18.000,00
Trapianto renale	€ 22.500,00
Surrene	
Surrenalectomia	€ 18.000,00
Uretere	
Sostituzione dell'uretere con ansa intestinale	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con plastica di riduzione dell'uretere	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia con psioizzazione vescicole	€ 18.000,00
Ureterocistoneostomia monolaterale	€ 18.000,00
Ureteroplastica	€ 18.000,00
Ureterosimoidostomia uni- o bilaterale	€ 18.000,00



Uretra	
Plastiche di ricostruzione per ipospadia	€ 18.000,00
Uretrectomia	€ 18.000,00
Vescica	
Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder	€ 22.500,00
Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale	€ 18.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileourethroanastomosi	€ 18.000,00
Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia	€ 18.000,00
Diverticolectomia con U.C.N. (uretero-cisto-neostomia)	€ 18.000,00
Emitrignonectomia	€ 18.000,00
Ileo bladder	€ 18.000,00
Ileo e/o colonicistoplastiche	€ 18.000,00
Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali	€ 18.000,00
Resezioni vescicali a pastiglia con reimpianto ureterale	€ 18.000,00
Riparazione di fistola vescico intestinale	€ 18.000,00
Riparazione fistole vescico vaginali	€ 18.000,00
Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale	€ 22.500,00



METASALUTE 2024-2026

- ➔ CHE COSA E' ASSICURATO
- ➔ CHE COSA NON E' ASSICURATO
- ➔ CI SONO LIMITI DI COPERTURA
- ➔ DOVE VALE LA COPERTURA
- ➔ CHE OBBLIGHI HO



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: Metasalute Convenzione 100895

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

Che tipo di assicurazione è?

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni ospedaliere, extraospedaliere, fisioterapiche, di prevenzione, odontoiatriche e altre garanzie, differenziate in Piani sanitari (Base, MS1, MS2, MS3, MS4).



Che cosa è assicurato?

Intesa Sanpaolo RBM Salute dà, a seconda del piano prescelto:

- ✓ Spese mediche in caso di ricovero in istituto di cura per intervento chirurgico
- ✓ Indennità sostitutiva per intervento chirurgico: Intesa Sanpaolo RBM Salute corrisponde un’indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero con intervento chirurgico
- ✓ Diaria da gesso in caso di applicazione di gessatura o tutore immobilizzante sostitutivo
- ✓ Alta specializzazione, visite specialistiche, ticket per accertamenti diagnostici e accertamenti diagnostici: Intesa Sanpaolo RBM Salute rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di alta specializzazione, visite specialistiche e accertamenti diagnostici
- ✓ Pacchetto maternità: Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al pagamento delle spese per accertamenti diagnostici e analisi di laboratorio, visite di controllo ostetrico ginecologiche in gravidanza, supporto psicologico post parto
- ✓ Fisioterapia, osteopatia, agopuntura, cure termali, kinesiterapia, riabilitazione cardiologica e neuromotoria
- ✓ Odontoiatria: Intesa Sanpaolo RBM Salute provvede al pagamento delle spese per determinate curie dentarie
- ✓ Prevenzione: sono riconosciute un elenco di prestazioni a scopo preventivo
- ✓ Invalidità permanente da malattia o infortunio: Intesa Sanpaolo RBM Salute garantisce il sostegno a soggetti che versano in condizioni di invalidità permanente da infortunio sul lavoro o malattie professionali certificate INAIL o invalidità permanente per patologia certificata INPS
- ✓ Lenti correttive di occhiali (comprese montature) o a contatto: La presente copertura prevede il pagamento delle spese sostenute per l’acquisto degli occhiali da vista (montatura inclusa) o delle lenti a contatto per difetti visivi sia da vicino che da lontano senza alcuna limitazione sulla patologia riscontrata dall’oculista
- ✓ Procreazione medicale assistita: La presente garanzia prevede la copertura delle spese per la procreazione medicalmente assistita (PMA)
- ✓ Protesi: rimborso delle spese per acquistare protesi ortopediche e apparecchi acustici
- ✓ Servizi aggiuntivi: Diagnosi comparativa, Prestazioni a tariffe agevolate, Consulenza medica, Guardia medica permanente, Second opinion, Tutoring, Rimpatrio salma, Invio di un medico generico a domicilio, Invio di un infermiere o fisioterapista a domicilio.

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

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.

La copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Nessun limite di età per gli Assicurati, con eccezione
 - dei figli fiscalmente a carico (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, o affidati) che rientrano nel “Nucleo familiare a carico” sino al compimento del 26° anno di età (salvo il caso di figli con disabilità come definiti nella definizione di “Nucleo Familiare a carico”)
 - dei figli fiscalmente a carico che possono rientrare nel “Nucleo familiare non a carico” solo a decorrere dal giorno successivo al compimento del 26mo anno di età.
- ✗ 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 corse automobilistiche) e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti, nonché le malattie conseguenti all’abuso di alcool, di psicofarmaci e all’uso di stupefacenti o allucinogeni. Sono altresì escluse le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui le iniezioni sclerosanti) 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.
- ✗ Sono escluse le conseguenze dirette o indirette di pandemie



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura prevede franchigie e scoperti specifici per garanzia, che possono causare la riduzione o il mancato pagamento dell’indennizzo.



Dove vale la copertura?

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

- L'Assicurato deve rendere dichiarazioni precise, complete e non reticenti sul rischio da assicurare e nel corso del contratto deve comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Se non rispetta questi obblighi, 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 di diagnosi 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 verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole)
- Se l'Assicurato vuole utilizzare una struttura convenzionata, o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato deve sempre usare il regime di assistenza diretta.



Quando e come devo pagare?

- Il premio è annuo e indivisibile, è frazionato nel suo valore in dodici mensilità, è pagato su base mensile alle scadenze per ciascun lavoratore iscritto.
- Il premio aggiuntivo relativo ai componenti del Nucleo familiare non fiscalmente a carico è sempre annuale. Il versamento dei premi avviene con cadenza mensile posticipata entro il giorno 20 del terzo mese successivo al mese di riferimento.
- 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.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- La copertura dura 3 anni; decorre dalle ore 00.00 del 01/01/2024, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti dalle ore 00 del giorno dopo il pagamento; scade alle ore 24.00 del 31/12/2026.
- Non è previsto il tacito rinnovo.
- La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).



Come posso disdire la polizza?

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



METASALUTE



REGOLAMENTO METASALUTE

- ➡ A CHI SI APPLICA ASSIST. SANITARIA INTEGRATIVA
- ➡ MODALITA' DI ADESIONE A METASALUTE
familiari a carico - familiari non a carico
- ➡ DEFINIZIONE DI NUCLEO FAMILIARE
chiarimento su convivente
- ➡ DOCUMENTI RICHIESTA AI FINI DELL' ISCRIZIONE DEI
FAMILIARI A CARICO E NON A CARICO
- ➡ ADESIONE A METASALUTE DI DIPENDENTI CON FORMA DI
SANITA' INTEGRATIVA PREESISTENTI
- ➡ DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI SANITARIE
- ➡ CONTRIBUZIONE E PACCHETTI AGGIUNTIVI
- ➡ DECORRENZA E CESSAZIONE DELLA CONTRIBUZIONE
- ➡ MODALITA' DI VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI
- ➡ RITARDATO E MANCATO VERSAMENTO

NUMERI UTILI METASALUTE

RECUPERO PASSWORD - REGISTRAZIONE – ecc.

Contact Center Amministrativo del Fondo

Per informazioni anagrafiche, recupero password, registrazione e informazioni relative alle procedure attive sulla piattaforma del Fondo, contattare il numero verde:

da lunedì a venerdì
h. 9.00 - h.18.00



Per chiamate dall'estero:
02-40703006

AUTORIZZAZIONI – VERIFICA PRATICHE – ecc.

Centrale Operativa Intesa Sanpaolo RBM Salute



* solo da numero fisso

0422.1744299

* da cellulare, fisso e dall'estero
numero a pagamento secondo la tariffa prevista
dal proprio gestore telefonico

Per informazioni sul Piano Sanitario, autorizzazioni alle prestazioni in regime diretto, verifica dello stato delle pratiche di rimborso, contattare il numero verde.

attivo 24h/24h
365 giorni l'anno

RECLAMI – RICHIESTA SPIEGAZIONI MOTIVI ANNULLAMENTO PRATICA ecc.

Qualora avessi bisogno di assistenza o di informazioni, ad esempio, sulle condizioni contrattuali, sulle motivazioni di respingimento di una richiesta di rimborso, sull'annullamento di una pratica diretta, sui criteri liquidativi o autorizzativi, sullo stato di una pratica o sull'accredito della somma liquidata, sulla tua posizione anagrafica

<https://www.intesasanpaolorbmsalute.com/informazioni-e-reclami>

REGOLAMENTO

Fondo Metasalute

Approvato dal Consiglio di Amministrazione giorno 11 ottobre 2023

DISPOSIZIONI GENERALI

Il presente regolamento disciplina il funzionamento di Metasalute il Fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti, costituito con atto pubblico il 21 novembre 2011 in attuazione di quanto previsto dal CCNL 15 ottobre 2009 e dall'Accordo Istitutivo del 10 novembre 2011.

Il presente regolamento, applicativo dell'art. 16 del CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti del 26 novembre 2016 e dello Statuto di Metasalute e dei successivi accordi intercorsi tra le parti istitutive del Fondo FEDERMECCANICA, ASSISTAL e FIM-CISL, FIOM-CGIL e UILM-UIL è adottato ai sensi dell'art. 21 dello Statuto.

Per quanto non espressamente previsto nel presente regolamento valgono i contenuti dell'Atto Costitutivo, dello Statuto, le disposizioni contenute nel CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti e negli accordi sottoscritti dalle parti istitutive.

ART. 1

Lavoratori dipendenti

A decorrere dal 1 ottobre 2017 le aziende che applicano il CCNL di cui alle disposizioni generali sono tenute ad aderire al Fondo Metasalute e ad iscriverne, superato il periodo di prova, tutti i lavoratori dipendenti a cui vengono applicate le seguenti forme contrattuali:

- tempo indeterminato compresi i lavoratori part-time e a domicilio;
- apprendistato;
- tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi a decorrere dall'iscrizione.

A decorrere dal 1 aprile 2018 le aziende che applicano il CCNL del settore orafo, argentiero e della gioielleria sono tenute ad aderire al Fondo Metasalute ed iscriverne, superato il periodo di prova, tutti i lavoratori dipendenti a cui vengono applicate le seguenti forme contrattuali:

- a tempo indeterminato compresi i lavoratori part-time e a domicilio;
- apprendistato;
- a tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi a decorrere dalla data d'iscrizione.

È facoltà del lavoratore esprimere rinuncia scritta all'adesione a Metasalute da comunicare alla propria azienda. Possono altresì aderire a Metasalute:

- previo accordo delle parti istitutive del Fondo e previa delibera del Consiglio di Amministrazione, i lavoratori con le caratteristiche definite ai precedenti punti a cui si applicano contratti collettivi nazionali di lavoro sottoscritti dalle stesse organizzazioni sindacali stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e della installazione di impianti previo accordo, per ciascun settore, tra le citate OOSS dei lavoratori e le rispettive organizzazioni imprenditoriali;
- i dipendenti delle parti stipulanti il CCNL dell'industria metalmeccanica e dell'installazione di impianti anche se distaccati in base alla legge n. 300 del 1970.

ART. 2 Nucleo familiare e conviventi di fatto

Sono destinatari delle prestazioni del Fondo, in aggiunta ai soci di cui all'art. 1, i seguenti familiari:

2.1 -Nucleo familiare a carico

Per familiari a carico del lavoratore dipendente iscritto s'intendono:

- i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati) del lavoratore fino al compimento del 21° anno di età, se risultano "a carico" ai sensi dell'art. 1, comma 2 del D.lgs. 230/2021;
- il coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato e i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati) dal 21° anno di età e fino al compimento del 26° anno di età, a condizione che tali soggetti possiedano un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) non superiore ad euro 2.840,51 o ad euro 4.000,00 per i figli di età inferiore ai 24 anni. I figli con disabilità (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati) si considerano "a carico" del lavoratore anche dopo il compimento del 26° anno di età, se sussistono i requisiti reddituali di cui al periodo precedente.

2.2 -Nucleo familiare NON a carico

Per nucleo familiare non a carico del lavoratore dipendente iscritto s'intende:

- il coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016);
- i figli (compresi i figli naturali riconosciuti, adottivi, affidati o affiliati).

Si rimanda per le specifiche all'art. 3.4.

2.3 – I conviventi di fatto

Per conviventi di fatto s'intendono due persone maggiorenni unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale, non vincolate da rapporti di parentela, affinità o adozione, da matrimonio o da un'unione civile. (L.76/2016 Art. 1, comma 36).

Il diritto all'iscrizione dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto permane finché sussiste l'iscrizione del lavoratore dipendente.

¹ L'**Unione civile** è una specifica formazione sociale ritualmente costituita, mediante dichiarazione di fronte all'ufficiale di stato civile e alla presenza di due testimoni, da due persone maggiorenni dello stesso sesso, unite stabilmente da legami affettivi di coppia e di reciproca assistenza morale e materiale.

ART. 3 **Modalità di adesione**

3.1 – Registrazione aziende

Per consentire l'adesione dei loro dipendenti le aziende dovranno preventivamente registrarsi al Fondo accedendo alla sezione "Area Riservata" presente sull'home page del sito www.fondometasalute.it e generare le credenziali che consentiranno l'accesso all'Area Riservata all'interno della quale potranno gestire la propria posizione e le posizioni dei lavoratori.

L'iscrizione delle aziende può avvenire direttamente o tramite consulenti.

L'azienda, o per essa il consulente incaricato, è tenuta ad aggiornare mensilmente le informazioni inserite al momento dell'iscrizione, nonché le posizioni dei lavoratori iscritti. Inoltre, è tenuta ad un attento e tempestivo monitoraggio della situazione contributiva, che sarà visionabile nella sezione "Saldo Azienda" all'interno dell'Area Riservata.

La posizione aziendale acquisita tramite pagamento con modello F24, di cui al successivo art. 3.2 non determina l'automatica iscrizione dell'azienda, dovendo in ogni caso quest'ultima, anche per il tramite del consulente incaricato, perfezionare la propria iscrizione e l'adesione dei propri lavoratori dipendenti al Fondo tramite l'accesso alla sezione "Area Riservata". Da gennaio 2022 l'acquisizione delle anagrafiche delle nuove aziende e dei lavoratori ad esse associati, per le quali sia stato acquisito il pagamento con modello F24, determinerà l'automatica applicazione del piano base. Resta fermo l'obbligo per le aziende a registrarsi all'Area Riservata per inserire i propri recapiti e gestire le adesioni dei dipendenti.

3.2 – Adesione dei lavoratori dipendenti

L'adesione al Fondo presuppone la conoscenza e l'accettazione da parte dell'interessato delle norme dello Statuto e del presente Regolamento, nonché delle altre norme collettive che regolano l'attività del Fondo.

Il versamento della contribuzione mensilmente dovuto per ciascun lavoratore iscritto al Fondo potrà essere effettuato tramite modello di pagamento unificato F24.

Con il pagamento tramite F24 sarà necessario compilare il flusso UNIEMENS mensilmente trasmesso all'INPS.

Le denunce UNIEMENS dovranno riportare il codice contratto alfanumerico attribuito dal CNEL e collegato al CCNL applicato nonché il codice corrispondente al piano prescelto dall'azienda, compatibilmente con le selezioni effettuate in fase di attribuzione dei piani sanitari.

L'adesione dei lavoratori sarà perfezionata solo nel caso in cui vengano selezionati i piani sanitari per ciascun anno secondo quanto disposto dall'art. 1 dell'Allegato al Regolamento. Per la scelta dei piani è necessaria la registrazione al Fondo da parte dell'Azienda secondo quanto disposto dall'art. 3.1.

Per escludere i lavoratori che non hanno diritto all'iscrizione a Metasalute, poiché non compresi nelle tipologie di cui all'art.1 del presente Regolamento, non dovrà essere indicato alcun codice nel flusso UNIEMENS.

Per i lavoratori dipendenti delle parti indicate all'art. 1 dello Statuto la contribuzione è versata tramite F24 con eccezione dei soli lavoratori in aspettativa sindacale ex lege 300/70 per i quali il versamento dei contributi sarà effettuato tramite MAV. Entro il 31 dicembre di ogni anno a valere per il successivo le strutture sindacali dovranno inviare al Fondo una dichiarazione, da aggiornare in corso d'anno in funzione di cessazioni/assunzioni, attestante la sussistenza dei rapporti di lavoro e della presenza di personale in aspettative ex lege 300/70, come da fac - simile messo a disposizione dal Fondo, allegando:

- l'elenco del personale dipendente e in aspettativa ex lege 300/70;
- per il solo personale in aspettativa ex lege 300/70 copia della lettera che l'azienda, annualmente entro il 31 dicembre di ogni anno, invia a OO.SS. a conferma del distacco.

(Per l'anno 2022 la dichiarazione di cui al comma precedente sarà da trasmettere entro il 15 luglio 2022 secondo le modalità che saranno comunicate dal Fondo).

Inoltre, entro il 30 aprile di ogni anno, ad attestazione dell'iscrizione dell'anno precedente, per il solo personale in aspettativa ex lege 300/70, è da trasmettere al Fondo copia delle parti della Certificazione Unica contenenti:

- l'identificazione del datore di lavoro e dipendente;
- il quadro dati previdenziali ed assistenziali.

I lavoratori iscritti a Metasalute dovranno registrarsi sul portale del Fondo accedendo alla sezione "Area riservata" presente sull'home page del sito www.fondometasalute.it e generare le credenziali che gli consentiranno l'accesso all'Area Riservata all'interno della quale potranno verificare la loro posizione anagrafica e gestire anche le richieste di prestazioni sanitarie.

La mancata registrazione sul sito di Metasalute non preclude la possibilità al lavoratore dipendente iscritto di usufruire delle prestazioni sanitarie le quali potranno essere prenotate chiamando il numero verde dedicato.

3.3 – Adesione gratuita dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto

È consentita l'iscrizione gratuita al Fondo per il 2023 e per il triennio 2024-2026:

- ai componenti del nucleo familiare che si considerano "a carico" ai sensi dell'art. 2.1 ed ai conviventi di fatto di cui all'art. 2.3, a condizione che questi ultimi possiedano un reddito complessivo annuo (intendendosi quello d'imposta) non superiore ad euro 2.840,51.

L'iscrizione gratuita comporta l'inclusione nel piano sanitario del lavoratore titolare iscritto e la condivisione delle garanzie sanitarie e dei massimali secondo quanto previsto dalle Guide ai Piani Sanitari.

I figli di genitori, entrambi iscritti al Fondo, coniugati, uniti civilmente o conviventi di fatto, devono essere iscritti solo nel nucleo familiare a carico di uno dei due genitori.

Se entrambi i coniugi, uniti civilmente o conviventi di fatto sono iscritti al Fondo non possono anche essere inseriti come familiari nel nucleo a carico del rispettivo coniuge, unito civilmente o convivente.

Non possono essere inseriti nel nucleo familiare a carico di un genitore iscritto al Fondo, figli anche essi iscritti al Fondo.

Il lavoratore che intende iscrivere il proprio nucleo familiare ed i conviventi di fatto deve accedere dal sito del Fondo www.fondometasalute.it, alla propria Area Riservata con le credenziali generate al momento della registrazione e compilare il Form relativo al nucleo dei familiari/convivente allegando gli eventuali documenti richiesti. L'iscrizione gratuita è possibile in ogni momento dell'anno.

I familiari già aderenti come non a carico potranno essere iscritti in forma gratuita – se aventi diritto a norma dell'art. 2.1- solo al termine del periodo di adesione come familiari non a carico di cui all'art. 3.4.

A conclusione della procedura di registrazione il dipendente avrà immediata visione dell'avvenuta adesione del proprio nucleo familiare/convivente.

Per quanto attiene alle decorrenze delle coperture sanitarie si rinvia all'art.6.

Ogni variazione in corso d'anno del nucleo familiare e del relativo carico fiscale deve essere tempestivamente comunicata nell'Area Riservata, con le seguenti modalità:

- Il dipendente, il cui familiare già iscritto in forma gratuita perda in corso d'anno i requisiti reddituali previsti per l'adesione come componente del nucleo familiare a carico di cui all'art. 2.1 ed ai conviventi di fatto di cui all'art. 2.3, potrà cessare l'adesione del familiare interrompendone la copertura sanitaria o alternativamente procedere a variare il carico fiscale effettuando il pagamento della contribuzione prevista per l'adesione al Fondo con versamento a carico del lavoratore dipendente del premio annuale previsto per i singoli piani sanitari con massimali autonomi (Allegato 1 – Regolamento del Fondo).

3.4 – Adesione a pagamento dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto

Ai seguenti componenti NON a carico del nucleo familiare:

- coniuge del lavoratore (con riferimento anche alle unioni civili di cui alla L.76/2016) non legalmente ed effettivamente separato;
- conviventi di fatto di cui alla L.76/2016 (Art. 1, comma 36);
- figli non a carico e non conviventi di lavoratore dipendente iscritto affidati con sentenza di separazione/divorzio all'ex coniuge;
- figli non a carico purché conviventi;
- figli a carico dal compimento del 26° anno d'età;

è consentita l'adesione al Fondo con versamento a carico del lavoratore dipendente del premio annuale previsto per i singoli piani sanitari.

A partire dall'anno 2022, nel caso in cui un familiare non a carico decida di non aderire nuovamente per l'anno 2022, potrà iscriversi trascorsi 3 anni dall'ultima adesione al Fondo (Es. Il

familiare del lavoratore iscritto come non a carico per l'anno 2021, sceglie di non aderire per l'anno 2022 potrà iscriversi nuovamente come familiare non a carico dall'anno 2025).

I costi dei Piani sanitari sono indicati nell'Allegato al presente Regolamento che fa parte integrante dello stesso.

Il lavoratore iscritto a Metasalute che intende iscrivere il proprio nucleo familiare deve accedere dal sito del Fondo www.fondometasalute.it, alla propria Area Riservata con le credenziali generate al momento della registrazione e compilare il Form di registrazione del nucleo dei familiari allegando gli eventuali documenti richiesti.

L'adesione a pagamento potrà essere effettuata in specifiche finestre temporali indicate dal Fondo per ciascun anno o nei casi previsti di variazione in corso d'anno del carico fiscale di cui all'art. 3.3.

La decorrenza delle prestazioni sanitarie per il familiare NON a carico iscritto nelle specifiche finestre temporali indicate dal Fondo seguirà per ciascun anno l'inizio della decorrenza della copertura del lavoratore titolare iscritto, superato il periodo di carenza, e cesserà il 31 dicembre di ciascun anno. L'importo della contribuzione è comunque annuale. (Es: se il capo nucleo termina la carenza al 31 gennaio e la sua copertura parte dal 1° febbraio, la copertura del familiare decorrerà dal 1° febbraio).

La decorrenza delle prestazioni sanitarie per il familiare NON a carico iscritto nel caso di variazione in corso d'anno del carico fiscale di cui all'art. 3.3. seguirà per ciascun anno l'inizio della decorrenza della copertura del lavoratore titolare iscritto e cesserà il 31 dicembre di ciascun anno. Nel caso in cui il familiare dovesse entrare in copertura in corso d'anno, la decorrenza delle coperture come familiare NON a carico avverrà da tale data. L'importo della contribuzione è annuale. (Es. un familiare iscritto con decorrenza della copertura gratuita dal 1° aprile 2022, perde nel mese di settembre 2022 i requisiti per l'iscrizione gratuita. Il lavoratore effettua la variazione in corso d'anno del carico fiscale per il familiare e procede al pagamento della contribuzione prevista. La decorrenza della copertura a pagamento per il familiare sarà dal 1° aprile 2022).

A conclusione della procedura di registrazione il dipendente avrà immediata visione dell'avvenuta adesione del proprio nucleo familiare/convivente la quale si perfeziona con l'incasso da parte del Fondo della contribuzione versata dal lavoratore.

Per le modalità di pagamento si rimanda all'art. 10.2.

La richiesta di restituzione delle quote erroneamente versate dal dipendente nelle specifiche finestre temporali indicate dal Fondo per ciascun anno per l'adesione dei componenti del nucleo familiare non a carico deve essere presentata entro e non oltre il 31 gennaio dell'anno a cui fa riferimento l'iscrizione utilizzando il modulo di richiesta rimborso accedendo all'Area Riservata del sito del Fondo.

La richiesta di restituzione delle quote versate dal dipendente per il familiare che perde in corso d'anno i requisiti reddituali previsti per l'adesione gratuita come familiare a carico, potrà essere rimborsata solo nel caso in cui il familiare iscritto non presenti i requisiti previsti per l'adesione come familiare non a carico.

La richiesta deve essere presentata entro e non oltre 30 giorni dalla data-in cui si effettua la variazione del carico fiscale utilizzando il modulo di richiesta rimborso accedendo all'Area Riservata del sito del Fondo.

ART. 4

Documentazione richiesta ai fini dell'iscrizione del nucleo familiare e disposizioni in materia di autocertificazione

Ai fini del riconoscimento del diritto all'assistenza in favore dei familiari e dei conviventi, il Fondo richiede all'iscritto la documentazione che attesti gli stati e le condizioni di cui all'art. 2 del Regolamento e la produzione di una autocertificazione.

All'inizio di ogni anno, il Fondo richiede l'autocertificazione e la presentazione della documentazione che attesti gli stati e le condizioni di cui all'art.2 del Regolamento per i componenti del nucleo familiare iscritti in forma gratuita. L'omessa presentazione di quanto sopra nei termini comunicati dal Fondo, determinerà la sospensione delle prestazioni sanitarie per i familiari iscritti. La successiva iscrizione dei familiari necessiterà comunque dell'autocertificazione e della produzione della documentazione richiesta dal Fondo. La decorrenza delle prestazioni sanitarie seguirà le previsioni dell'art. 6.2.

Metasalute, direttamente o tramite soggetti terzi, si riserva di effettuare in qualunque momento – anche successivo a quello di adesione – verifiche rispetto alla sussistenza dei requisiti legittimanti l'iscrizione al Fondo e di richiedere documentazione aggiuntiva.

Le dichiarazioni false determinano l'immediata decadenza del diritto all'assistenza sanitaria del familiare/convivente interessato, la possibile rivalutazione dei sinistri già autorizzati e/o rimborsati ed ogni azione a tutela degli interessi del Fondo.

ART. 5

Adesione a Metasalute di lavoratori e imprese metalmeccaniche con forme di sanità integrativa preesistenti

Le imprese in cui sono presenti forme aziendali di sanità integrativa sono tenute ad aderire al Fondo Metasalute al fine di iscrivere i lavoratori dipendenti che non godono di alcuna copertura sanitaria integrativa.

Le modalità di adesione sono quelle indicate nell'art. 3 del presente Regolamento.

Le aziende in cui sono presenti polizze sanitarie ma che intendono far aderire i loro dipendenti a Metasalute devono preventivamente registrarsi sul sito del Fondo e comunicare i flussi anagrafici - secondo un'apposita procedura di importazione del file UNIEMENS all'interno dell'Area Riservata dell'azienda - almeno trentacinque giorni prima dalla data di attivazione della copertura sanitaria richiesta a Metasalute, la quale coinciderà con il primo giorno del mese di decorrenza. (Es: decorrenza desiderata 1° Gennaio, iscrizione entro il 27 Novembre).

I lavoratori entreranno in copertura sanitaria, senza soluzione di continuità, a partire dal giorno successivo alla scadenza della copertura assicurativa in essere senza, quindi, scontare periodi di carenza in entrata.

ART. 6

Decorrenza delle prestazioni sanitarie

6.1 - Lavoratori dipendenti

Le adesioni dei lavoratori dipendenti (con esclusione della fattispecie di cui all'art.5) con le modalità previste dall'art. 3.2 del presente Regolamento determineranno, per ragioni tecnico-amministrative, la decorrenza del diritto alle prestazioni sanitarie dal 1° giorno del 5° mese successivo a quello in cui avviene la prima contribuzione.

Il diritto alle prestazioni sanitarie- si protrae dopo la cessazione dell'attività lavorativa per un periodo di tempo corrispondente alle mensilità di contribuzione versate dall'azienda fino al momento della decorrenza della copertura sanitaria sopra citata (4 mesi).

6.2 – Componenti del nucleo familiare inclusi gratuitamente

La decorrenza delle prestazioni sanitarie per il componente del nucleo familiare/convivente del lavoratore dipendente parte dal 1° giorno del mese successivo a quello d'iscrizione purché il lavoratore titolare risulti in copertura a tale data. Qualora il familiare/convivente a carico venga inserito durante il periodo di carenza del lavoratore dipendente, le prestazioni sanitarie del familiare partiranno dalla medesima data di inizio della copertura del lavoratore titolare.

6.3 – Componenti del nucleo familiare con adesione a pagamento

La decorrenza del diritto alle prestazioni sanitarie dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto è quella specificata all'art. 3.4 del presente Regolamento.

ART. 7

Contribuzione e pacchetti aggiuntivi

Il Fondo rende disponibili pacchetti aggiuntivi rispetto alle prestazioni base con la definizione delle prestazioni e del relativo maggior contributo.

Modalità e termini di attivazione dei pacchetti aggiuntivi sono specificati nell'Allegato al Regolamento che fa parte integrante dello stesso.

ART. 8

Decorrenza e cessazione della contribuzione

8.1 - Lavoratori dipendenti

L'intera contribuzione mensile è dovuta in misura piena anche nel caso di:

- tempo determinato di durata non inferiore a 5 mesi a decorrere dall'iscrizione;
- part-time;
- aspettativa per malattia;
- congedo parentale;
- sospensione durante la quale è corrisposta retribuzione e/o indennità a carico dell'istituto previdenziale;
- CIG in tutte le sue tipologie;

- lavoratori distaccati all'estero qualora il lavoratore e/o i suoi familiari a carico non godano di una polizza sanitaria predisposta dall'azienda;
- NASPI a seguito di procedure di licenziamento collettivo di cui alla L. 223/1991 ovvero ai sensi dell'art. 7 della L.604/1966. In tal caso la contribuzione sarà dovuta per un periodo di 12 mesi e dovrà essere versata in un'unica soluzione all'atto della risoluzione del rapporto di lavoro attraverso le procedure di pagamento indicate dal Fondo.

Nei casi in cui si realizzi nel corso del mese una delle fattispecie di cui alle lett. a), b), d), e) dell'art. 12.1 del presente Regolamento la contribuzione è dovuta per l'intero mese. Nel caso sub d) dell'art. 12.1 la contribuzione è nuovamente dovuta dal 1° giorno del mese successivo dalla fine dell'aspettativa.

La cessazione dell'adesione al Fondo - e quindi della copertura assicurativa - deve essere comunicata dall'azienda nell'Area Riservata entro l'ultimo giorno del mese in cui avviene la modifica dello stato del lavoratore e decorre dal 1° giorno del mese successivo.

Il diritto alle prestazioni ed il relativo onere contributivo è dovuto per l'intero mese in cui viene indicata la data di cessazione della copertura.

Esempio: cessazione copertura 28 gennaio
 → contribuzione dovuta fino al 31 gennaio
 → prestazioni sanitarie fino al 31 gennaio
 → cessazione contribuzione e prestazioni dal 1 febbraio

È fatto salvo quanto previsto dai commi 1 e 2 dell'art. 6.1.

A decorrere dal 1 aprile 2018 le nuove adesioni seguono le regole di cui all'art.6.1.

In caso di cessazione del rapporto lavorativo e di successiva riassunzione presso una nuova azienda o presso la stessa azienda, se la nuova iscrizione avviene nell'arco di 4 mesi dalla data di cessazione, il dipendente matura il diritto alle prestazioni dal 1° giorno del mese successivo a quello in cui è stato nuovamente iscritto con decorrenza della contribuzione dalla medesima data. Diversamente il diritto alle prestazioni decorre a partire dal 1° giorno del 5° mese successivo alla nuova iscrizione. Tutte le aziende – indipendentemente dal fatto che versino la contribuzione tramite F24 o MAV (modalità di pagamento attiva fino al 31 marzo 2022) - continueranno ad indicare mensilmente nell'anagrafica del Fondo – Area Riservata → sez. Sedi/Dipendenti – le eventuali cessazioni dei rapporti di lavoro dei dipendenti iscritti.

L'omissione contributiva determinata dalla mancata cessazione dell'adesione dei dipendenti iscritti secondo le previsioni di cui al vigente Regolamento è causa di applicazione dell'art.11.

È responsabilità dell'azienda la corretta trasmissione delle informazioni relative all'adesione dei dipendenti.

8.2 - Nucleo familiare e conviventi di fatto con inclusione gratuita

La contribuzione per i familiari ed i conviventi di fatto di cui all'art. 3.3 del presente Regolamento è ricompresa nella contribuzione annua prevista dal piano sanitario applicato al lavoratore dipendente.

8.3 - Nucleo familiare e conviventi di fatto con adesione a pagamento

La contribuzione per i familiari ed i conviventi di fatto di cui all'art. 3.4 del presente Regolamento - versata anticipatamente dal lavoratore dipendente - è pari all'importo previsto per il piano sanitario prescelto secondo lo schema Allegato al presente Regolamento che fa parte integrante dello stesso.

ART. 9

Quota destinata alla gestione amministrativa

Il Consiglio di Amministrazione determina la quota che verrà trattenuta dalla contribuzione versata mensilmente e destinata alla gestione amministrativa del Fondo.

ART.10

Modalità versamento dei contributi

10.1 - Lavoratore dipendente, nucleo familiare e conviventi di fatto di cui all'art. 3.3

Le aziende versano la quota di contribuzione mensile prevista dai piani prescelti a favore di ciascun lavoratore dipendente iscritto (comprensiva del nucleo familiare ed i conviventi di fatto come specificati all'art. 3.3 del presente Regolamento).

I lavoratori iscritti per cui è dovuta la contribuzione sono quelli comunicati al Fondo secondo quanto previsto dal presente Regolamento.

Il versamento della contribuzione mensilmente dovuta per ciascun lavoratore iscritto al Fondo potrà essere effettuato dall'azienda entro il giorno 16 del mese successivo a quello di riferimento tramite modello di pagamento unificato F24, Codice MET1 (Risoluzione dell'AE N. 90 /E del 14/07/2017). Si raccomanda di specificare nell'UNIEMENS il codice corrispondente al piano sanitario prescelto (circ. INPS n. 189 del 28 dicembre 2017).

Resta a carico dell'azienda l'obbligo di inserire in piattaforma le cessazioni secondo le disposizioni di cui all'art. 8.1 del presente Regolamento.

10.2 - Nucleo familiare e conviventi di fatto di cui all'art. 3.4

Il versamento della contribuzione per il nucleo familiare di cui all'art. 3.4 del presente Regolamento è annuale anticipato, e a totale carico del lavoratore dipendente iscritto. Il versamento deve essere effettuato dal lavoratore titolare nelle finestre temporali annuali indicate dal Fondo ed utilizzando le procedure di pagamento MAV previste nell'Area Riservata del lavoratore dipendente sul sito di Metasalute. Il rinnovo dell'adesione avviene con il pagamento della contribuzione.

ART. 11

Ritardato e mancato versamento

L'omissione parziale o totale del versamento dei contributi dovuti dall'azienda per i dipendenti iscritti determina la sospensione delle prestazioni sanitarie.

Il Fondo, accertata l'omissione, procede all'invio di una comunicazione, a mezzo posta ordinaria ovvero posta elettronica, posta elettronica certificata o raccomandata a/r, alle aziende

interessate con la quale viene sollecitata la regolarizzazione del saldo della contribuzione dovuta.

La regolarizzazione dell'omissione parziale o totale dei contributi dovuti dall'azienda dovrà essere effettuata tramite MAV o Bonifico Bancario entro e non oltre giorni 10 dalla ricezione del sollecito.

Trascorso tale termine, la mancata regolarizzazione dell'azienda determinerà l'automatica sospensione delle prestazioni sanitarie per tutti i dipendenti dell'azienda e per i corrispondenti nuclei familiari inclusi gratuitamente.

Tale sospensione sarà comunicata ai dipendenti nell'Area Riservata del sito del Fondo ed all'azienda a mezzo posta ordinaria ovvero posta elettronica, posta elettronica certificata o raccomandata a/r.

Il Fondo si riserva ogni azione necessaria all'incasso dei contributi dovuti dalle aziende. In tutti i casi di ritardato versamento dei contributi, il Fondo applicherà un interesse di mora pari al tasso legale maggiorato di 2 punti. L'importo da saldare è consultabile nell'Area Riservata all'azienda.

La posizione amministrativa e debitoria non decade con la sospensione delle prestazioni sanitarie per gli iscritti salvo quanto previsto dal successivo art. 12.

Solo a seguito della verifica da parte del Fondo della completezza del versamento verranno riattivate la posizione aziendale e l'erogazione delle prestazioni dandone tempestiva conferma all'azienda ed ai dipendenti.

ART. 12

Decadenza dal diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni da parte dei lavoratori dipendenti e del nucleo familiare/convivente si estingue secondo i termini e le modalità previste dal presente Regolamento nei casi di seguito elencati.

12. 1 - Lavoratore dipendente e componenti del nucleo familiare e conviventi di fatto con inclusione gratuita

I componenti del nucleo familiare ed i conviventi di fatto di cui all'art. 3.3 decadono dalla possibilità di fruire delle prestazioni sanitarie per:

- a) decesso del dipendente e/o dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto;
- b) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente;
- c) applicazione di un CCNL diverso da quelli richiamati all'art. 1 e nei casi non rientranti nelle ulteriori ipotesi previste nel predetto articolo;
- d) esclusione disposta in presenza di omissioni contributive;
- e) aspettativa non retribuita né indennizzata;
- f) falsa dichiarazione in merito ai requisiti legittimanti l'iscrizione;
- g) esclusione disposta dal CdA in caso di dolo o colpa grave dell'iscritto;
- h) rinuncia;
- i) scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa, di Metasalute.

Nel caso sub e) le prestazioni sanitarie sono riattivate dal 1° giorno del mese successiva all'avvenuta comunicazione della fine dell'aspettativa.

12.2 - Componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto con inclusione a pagamento

I componenti del nucleo familiare ed i conviventi di fatto di cui all'art. 3.4 decadono dalla possibilità di fruire delle prestazioni sanitarie per:

- a) decesso;
- b) scadenza della copertura offerta da Metasalute (12 mesi dalla decorrenza delle prestazioni),
- c) falsa dichiarazione in merito ai requisiti legittimanti l'iscrizione;
- d) scioglimento, liquidazione o cessazione, per qualsiasi causa, di Metasalute.

ART. 13

Cessazione di attività

L'azienda nei casi di cessazione dell'attività con conseguente cessazione dei rapporti lavorativi è tenuta a darne comunicazione a Metasalute nel termine massimo di 30 giorni. In caso di cessazione dell'attività l'azienda è tenuta a cessare, nei termini previsti dall'art. 8.1, tutti i dipendenti attivi tramite apposita funzione di cessazione massiva disponibile in Area Riservata e versare le quote di contribuzione fino al mese di cessazione.

Resta inteso che le prestazioni sanitarie saranno erogate dal Fondo secondo quanto previsto dall'art.6 e che la posizione amministrativa e debitoria dell'azienda non decade con la cessazione dell'attività.

ART.14

Prestazioni

Il Fondo stipula a favore degli iscritti uno o più contratti di assicurazione per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria integrativa.

Il Consiglio di Amministrazione del Fondo approva ed aggiorna con specifica delibera i Piani di Assistenza Sanitaria Integrativa, che sono portati tempestivamente a conoscenza degli iscritti e che costituiscono parte integrante del presente Regolamento.

I Piani approvati comprendono definizioni, prestazioni, esclusioni e modalità di erogazione.

ART.15

Privacy e tutela dei dati personali e sensibili

Tutti i dati relativi alle aziende ed ai beneficiari saranno trattati dal Fondo (titolare dei trattamenti), ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 e successive modifiche ed integrazioni

ALLEGATO AL REGOLAMENTO
PIANI SANITARI

Il Fondo Metasalute per il 2023 prevede i seguenti Piani Sanitari:

- Piano BASE con contribuzione mensile pari ad euro 13,00 su base annua;
- Piano A con contribuzione mensile pari ad euro 16,67 su base annua;
- Piano B con contribuzione mensile pari ad euro 21,00 su base annua;
- Piano C con contribuzione mensile pari ad euro 24,34 su base annua;
- Piano D con contribuzione mensile pari ad euro 28,17 su base annua;
- Piano E con contribuzione mensile pari ad euro 34,00 su base annua;
- Piano F con contribuzione mensile pari ad euro 67,00 su base annua.

Per il triennio 2024-2026 il Fondo Metasalute prevede i seguenti Piani Sanitari:

- Piano BASE con contribuzione mensile pari ad euro 13,00 su base annua;
- Piano MS1 con contribuzione mensile pari ad euro 16,67 su base annua;
- Piano MS2 con contribuzione mensile pari ad euro 23,34 su base annua;
- Piano MS3 con contribuzione mensile pari ad euro 34,00 su base annua;
- Piano MS4 con contribuzione mensile pari ad euro 75,00 su base annua.

Gli importi mensili sono determinati dividendo il premio annuo con arrotondamento al secondo decimale.

Art. 1 - Adesione collettiva ai Piani sanitari

L'adesione dei lavoratori dipendenti ai sopra elencati Piani sanitari può avvenire solo in forma collettiva, per la totalità o per gruppi omogenei di lavoratori. In azienda possono essere attivati per i dipendenti – con accordo o Regolamento aziendale – un massimo di tre Piani sanitari.

Il Fondo richiede la produzione del relativo accordo o regolamento aziendale.

La selezione dei Piani, e quindi l'adesione non può essere variata in corso d'anno, ad eccezione del caso in cui intervengono modifiche al rapporto di lavoro del lavoratore all'intero dell'azienda (es. promozione/cambio di categoria) che determinino un nuovo Piano sanitario di riferimento, all'interno dei Piani già selezionati dall'Azienda, per accordo sindacale o regolamento. In tal caso l'Azienda dovrà richiedere in forma scritta, allegando la documentazione dell'accordo sindacale o del regolamento, al Fondo la modifica del piano per il lavoratore e la contribuzione del nuovo Piano sarà dovuta dal mese in cui viene richiesta la variazione.

La contribuzione verrà versata dall'azienda secondo i termini e le modalità previste dall'art. 10 del Regolamento vigente.

Art. 2 - Adesione a pagamento dei componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto

Ai sensi dell'art. 3.4 del Regolamento il lavoratore dipendente può far aderire il proprio familiare non a carico allo stesso piano cui egli già aderisce con massimali autonomi oppure può far aderire il proprio familiare al Piano Base con massimali autonomi.

Le modalità di iscrizione dei familiari e di versamento della contribuzione sono quelle indicate agli artt. 3.4 e 10.2 del Regolamento.

Tabella della contribuzione per i componenti del nucleo familiare e dei conviventi di fatto di cui all'art. 3.4 del Regolamento

Premi (Euro)	Nucleo Familiare non a carico 2023
	Massimali autonomi
Piano Base	280,50
Piano A	397,50
Piano B	508,00
Piano C	605,50
Piano D	683,50
Piano E	839,50
Piano F	1.814,50

Premi (Euro)	Nucleo Familiare non a carico dal 01.01.2024
	Massimali autonomi
Piano Base	361,00
Piano MS1	513,00
Piano MS2	783,00
Piano MS3	1088,00
Piano MS4	2555,00

Art. 3 – Destinazione dei flexible benefits previsti dal CCNL per l'industria metalmeccanica e della installazione di impianti del 26 novembre 2016 e successive modifiche e integrazioni.

Per l'anno 2023, il "Flexible Benefits" consentirà l'attivazione di una offerta sanitaria aggiuntiva rispetto al piano sanitario annuale già attivo in azienda i cui termini e garanzie sono definite annualmente dal Fondo.

La decorrenza sarà dal 1° giugno al 31 dicembre 2023, salvo cessazione del rapporto di lavoro o decadenza del diritto alle prestazioni di cui all'art. 12.

Modalità e tempistiche sono comunicate dal Fondo con apposite circolari.

Detta offerta è fruibile unicamente dal lavoratore caponucleo che, singolarmente ed in via autonoma, potrà destinare i Flexible Benefits al Fondo Metasalute previa comunicazione scritta da presentare alla propria azienda, la quale entrando nell'Area Riservata presente sul sito del Fondo - www.fondometasalute.it – opzionerà detta scelta.

La contribuzione è annuale, anticipata e versata in un'unica soluzione dall'azienda tramite bollettino MAV generato dall'apposita procedura.