

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese mediche da malattia e da infortunio

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

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

Prodotto: Associazione Valdostana Maestri di Sci

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 Ospedaliere (ricoveri, ecc.), Alta Specializzazione, Cure Domiciliari/Ambulatoriali, Ulteriori Prestazioni. In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di un'indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero.



Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese secondo i massimali indicati:

- ✓ Ricovero con/senza intervento: **€ 160.000,00.**
- ✓ Massimale aggiuntivo per familiari paganti: **€ 30.000,00**
- ✓ Retta di degenza: **€ 220,00 al giorno**
- ✓ Day Hospital/Intervento Ambulatoriale: **€ 3.000,00**
- ✓ Parto cesareo, Aborto terapeutico: **€ 2.700,00**
- ✓ Parto naturale: **€ 1.200,00**
- ✓ Chirurgia refrattiva: **€ 1.000,00 per occhio**
- ✓ Trasporto sanitario: **€ 1.600,00**
- ✓ Accompagnatore: **€ 50,00 al giorno max 20 giorni**
- ✓ Indennità sostitutiva per ricovero in SSN: **€ 95 al giorno max 200 giorni**
- ✓ Neonati: **€ 30.000,00**
- ✓ Alta specializzazione: **€ 2.140,00**
- ✓ Cure domiciliari/ambulatoriali: **€ 1.070,00**
- ✓ Ulteriori prestazioni
 - Visite di controllo
 - Fecondazione eterologa: **€ 250,00**
 - Test genetici prenatali
 - Trisomia 21: **€ 1.000,00 anno/neonato max 3 anni**
 - Controllo Pediatrico
 - Immunonutrizione
 - Cure termali minori



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV.
- ✗ Non sono assicurabili le persone di età superiore a 75 anni. Per gli Assistiti che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto. Si precisa che i familiari ad adesione sono assicurabili sino al limite di età di 70 anni. Per gli Assistiti che raggiungano tali limiti di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto.



Ci sono limiti di copertura?

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



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento degli indennizzi in Euro. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.



Che obblighi ho?

- ✓ Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente/Assistito alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
- ✓ Per ottenere la liquidazione dei sinistri, è necessario presentare la documentazione medica completa di diagnosi intestata all'Assistito.
- ✓ Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.
- ✓ In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.
- ✓ In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).
- ✓ Nel caso in cui si intenda utilizzare una struttura e/o un medico convenzionato si ha l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.



Quando e come devo pagare?

- ✓ Il premio dovrà essere versato alla Società tramite bonifico bancario.
- ✓ Il premio dovrà essere corrisposto in rate sub-annuali con versamento mensile anticipato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- ✓ Il contratto di assicurazione, ha una durata di 1 anno a partire dalle ore 00.00 del 01/05/2018 e scadenza alle ore 00:00 del 01/05/2019.



Come posso disdire la polizza?

- ✓ Il Contraente ha la facoltà di disdire il contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza del Piano Sanitario.