

PRATICHE COMMERCIALI SCORRETTE

IP357 - RBM ASSICURAZIONE SALUTE-PREVIMEDICAL/VARIE CONDOTTE

Provvedimento n. 30134

L'AUTORITÀ GARANTE DELLA CONCORRENZA E DEL MERCATO

NELLA SUA ADUNANZA del 27 aprile 2022;

SENTITO il Relatore Professor Michele Ainis;

VISTA la Parte II, Titolo III del Decreto Legislativo 6 settembre 2005, n. 206, recante "*Codice del Consumo*" e successive modificazioni (di seguito, Codice del Consumo);

VISTO in particolare l'art. 27, comma 12, del Codice del Consumo, in base al quale, in caso di inottemperanza ai provvedimenti d'urgenza o a quelli inibitori o di rimozione degli effetti, l'Autorità applica la sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 5.000.000 euro e, nei casi di reiterata inottemperanza, l'Autorità può disporre la sospensione dell'attività di impresa per un periodo non superiore a trenta giorni;

VISTA la legge 24 novembre 1981, n. 689;

VISTO l'art. 19 del "*Regolamento sulle procedure istruttorie in materia di pubblicità ingannevole e comparativa, pratiche commerciali scorrette, violazione dei diritti dei consumatori nei contratti, violazione del divieto di discriminazioni e clausole vessatorie*", adottato dall'Autorità con delibera del 1° aprile 2015;

VISTA la propria delibera n. 29769 del 13 luglio 2021, con la quale l'Autorità ha accertato la scorrettezza della pratica commerciale posta in essere dalle società Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. (di seguito, anche "ISP RBM" o "La Compagnia") e da Previmedical - Servizi per la sanità integrativa S.p.A. (di seguito, anche "Previmedical" o "Il Provider") nell'offerta di servizi assicurativi, consistente in condotte e omissioni volte a ostacolare l'esercizio dei diritti derivanti dal rapporto contrattuale;

VISTI gli atti del procedimento;

CONSIDERATO quanto segue:

1. Con provvedimento n. 29769 del 13 luglio 2021 l'Autorità, ad esito del procedimento istruttorio PS11828, ha deliberato, ai sensi degli artt. 20, 24 e 25, comma 1, lett. d), del Codice del Consumo, la scorrettezza della descritta pratica commerciale, accertando che i professionisti hanno frapposto ostacoli all'esercizio dei diritti contrattuali dei consumatori, rendendo onerosa e defaticante la fruizione delle prestazioni assicurative. Alla luce di quanto precede, l'Autorità ha vietato la continuazione della pratica commerciale scorretta.

Con la suddetta delibera, è stato altresì disposto che i professionisti comunicassero all'Autorità le iniziative assunte in ottemperanza alla diffida entro il termine di 90 giorni dalla notifica della stessa, avvenuta in data 30 luglio 2021.

2. In data 28 ottobre 2021, ISP RBM ha prodotto una relazione di ottemperanza, nella quale ha evidenziato come, a seguito dell'adozione del provvedimento di scorrettezza, abbia proseguito spontaneamente nell'implementazione delle 27 iniziative descritte negli impegni presentati nel corso del procedimento PS11828 e rigettati dall'Autorità¹. Inoltre, il professionista ha fatto presente di voler attuare ulteriori 7 misure volte a superare i residui profili di criticità oggetto di censura nell'ambito del provvedimento². Infine, ISP RBM ha illustrato le specifiche attività svolte nei confronti degli assicurati che avevano trasmesso segnalazioni all'Autorità dopo l'adozione del provvedimento finale.

3. Il 3 gennaio 2022 è pervenuta la relazione di ottemperanza di Previmedical³ che prevede, anzitutto, un *set* di misure funzionale alla realizzazione delle iniziative prospettate da ISP RBM, che necessariamente richiedono il coinvolgimento del Provider.

In aggiunta, Previmedical ha inteso adottare misure autonome, tra cui un'attività di disamina delle casistiche di reclamo⁴.

¹ Le misure proposte riguardano: 1) l'internalizzazione dei sinistri complessi; 2) la predisposizione di un programma aziendale di formazione specifica con riguardo alla normativa a tutela del consumatore; 3) il rafforzamento del monitoraggio degli indicatori di *performance* (KPI) previsti nel contratto con Previmedical; 4) il rafforzamento del processo di *governance* sui nuovi prodotti; 5) la realizzazione di guide interattive *online* per aiutare l'assicurato nella presentazione delle richieste di liquidazione; 6) l'aggiornamento delle comunicazioni verso gli assicurati; 7) la revisione della procedura interna di autorizzazione di prestazioni multiple di odontoiatria e fisioterapia; 8) la modifica delle condizioni di polizza con riguardo alla necessità di produrre il certificato di pronto soccorso; 9) il monitoraggio della procedura di *call back* da parte del *call center* di Previmedical; 10) il monitoraggio dell'assistenza prestata dagli operatori del *call center*; 11) l'implementazione di un processo di riascolto delle telefonate; 12) la realizzazione di un progetto di *customer satisfaction* sulla centrale operativa; 13) la revisione del modulo per l'autorizzazione delle prese in carico e monitoraggio sulle autorizzazioni concesse e successivamente ritirate; 14) modifiche e miglioramenti alla documentazione contrattuale; 15) interventi sull'elenco delle strutture sanitarie in convenzione; 16) interventi sulle modalità di selezione della struttura sanitaria da parte dell'assicurato; 17) inserimento in tutti i contratti della tempistica massima di liquidazione dei sinistri; 18) rafforzamento del monitoraggio sui tempi medi di liquidazione dei sinistri e implementazione di un sistema di controllo dei pagamenti; 19) riferimenti nella documentazione contrattuale all'attività svolta dall'*equipe* di consulenza medica; 20) istituzione di un'*equipe* medica di ISP RBM per i sinistri internalizzati e previsione di un secondo livello di controllo in caso di respingimento della richiesta; 21) istituzione di commissioni di natura tecnico-consulativa; 22) specifici interventi volti a individuare più efficacemente le doglianze degli assicurati e le problematiche all'origine dei reclami; 23) la condivisione sistematica con le funzioni competenti delle problematiche emerse dai reclami; 24) il miglioramento del riscontro alle comunicazioni dell'assicurato; 25) l'estensione della durata del *Voucher Salute*; 26) l'estensione delle garanzie sugli interventi eseguiti con tecniche mediche innovative; 27) la copertura degli interventi ricostruttivi post-interventi demolitivi di natura oncologica.

² Le misure aggiuntive sono: A) programma di *customer advocacy*; B) formazione degli operatori del *call center* di Previmedical; C) revisione/aggiornamento delle anagrafiche dei professionisti in convenzione all'interno del *network*; D) misurazione dei KPI per singolo Fondo/Azienda; E) eliminazione della facoltà di ritiro del *Voucher Salute* da parte di Previmedical; F) sistema di assistenza evoluto (*c.d. Smart Form*); G) verifica della qualità dei dati forniti da Previmedical.

³ Per la formalizzazione della relazione il professionista ha voluto attendere la discussione dell'istanza cautelare relativa al provvedimento di scorrettezza PS11828, avvenuta il 1° dicembre 2021. Il successivo 6 dicembre ha chiesto di essere sentito in audizione, che si è tenuta in data 20 dicembre 2021.

⁴ Le misure proposte riguardano: 1) la realizzazione di un progetto di *customer satisfaction*; 2) il miglioramento dell'accesso alle strutture sanitarie/professionisti sanitari; 3) interventi sulle modalità di selezione della struttura sanitaria/professionista da parte dell'assicurato; 4) rafforzamento del monitoraggio sui tempi medi di liquidazione dei sinistri e implementazione di un sistema di controllo dei pagamenti; 5) miglioramento del riscontro alle comunicazioni dell'assicurato; 6) formazione degli operatori di *call center*; 7) revisione/aggiornamento delle anagrafiche dei professionisti operanti; 8) introduzione di un sistema di assistenza evoluto; 9) revisione del processo di annullamento di un *Voucher* autorizzativo su iniziativa di operatori di Previmedical; 10) modifica delle condizioni di polizza con riguardo alla necessità di produrre il certificato di pronto soccorso e alla necessità di integrazioni documentali; 11) estensione automatica, in vigenza contrattuale, della durata del *Voucher*; 12) implementazione del sistema di monitoraggio in punto di prassi applicative dei contratti e di loro condizioni e caratteristiche.

4. In data 18 febbraio 2022, ISP RBM e Previmedical hanno prodotto un aggiornamento delle relazioni di ottemperanza, in riscontro alla comunicazione del 20 gennaio 2022, con la quale l’Autorità ha chiesto ai professionisti di fornire informazioni circa lo stato di implementazione delle misure prospettate come “*ancora in corso*” nelle originarie relazioni di ottemperanza.

5. Il successivo 21 febbraio è pervenuto il riscontro di IVASS alla richiesta dell’Autorità di fornire informazioni in merito ai reclami ricevuti dall’Istituto dopo la notifica del provvedimento di scorrettezza. IVASS ha fatto presente che, nel periodo luglio 2021-gennaio 2022, ha ricevuto un numero di reclami significativamente maggiore rispetto all’analogo periodo dell’anno precedente. I reclami continuano a riguardare il rispetto della tempistica nella gestione dei *voucher* Mètasalute e la rettifica/aggiornamento/revoca dei *voucher* già concessi, la scarsa qualità dell’assistenza prestata dal *call center*, le reiterate richieste all’assicurato di integrazione documentale, la discrezionalità della consulenza medica nella valutazione delle patologie/diagnosi.

6. Dopo il termine di 90 giorni dalla notifica del citato provvedimento n. 29769 del 13 luglio 2021, sono pervenute anche all’Autorità numerose segnalazioni di consumatori che hanno evidenziato la persistenza di rilevanti criticità nelle modalità di prestazione dei servizi assicurativi da parte dei professionisti.

7. Dalla lettura dei reclami si evincono le difficoltà incontrate dai consumatori nel relazionarsi con i professionisti per la fruizione delle prestazioni previste nelle condizioni di polizza. In molti casi le indicate difficoltà sono state riscontrate da aderenti al fondo sanitario Mètasalute, ovvero il fondo di assistenza sanitaria integrativa per i lavoratori dell’industria metalmeccanica⁵.

In via esemplificativa, un consumatore⁶ ha lamentato: “*sono nuovamente a denunciare quello che ormai sembra diventato a tutti gli effetti un metodo per la compagnia assicurativa Rbm Salute-Previmedical: mi riferisco al respingimento delle richieste di rimborso sulla base di motivazioni non chiare e pretestuose, quando non del tutto infondate. L’effetto che si crea per l’utente è, nella migliore delle ipotesi, uno stucchevole allungamento dei tempi di ricezione del rimborso causato dalla richiesta di reperimento di ulteriore documentazione; oppure, specie in caso di importi non elevati, la rinuncia a portare avanti un interminabile e possibilmente infruttuoso dialogo con la compagnia, passando per un call center che ti dà ragione ma che non possiamo fare nulla, dipende dal liquidatore o per reclami scritti a cui nessuno risponde*”. Il segnalante ha proseguito riferendo del respingimento di una specifica richiesta di rimborso “*che pure era stato accordato senza problemi non più tardi di 6 mesi fa per una pratica identica in tutto e per tutto*” e concludendo ha affermato: “*una volta formalizzata e perfino reiterata una linea interpretativa non è accettabile un dietrofront a 360 gradi. Che credibilità può avere una compagnia che detta e ufficializza un modus operandi salvo poi smentire sé stessa a distanza di 6 mesi? E, soprattutto, che strumenti ha un utente per fronteggiare questa arbitrarietà di giudizio*”. Dopo circa un mese i professionisti hanno rivalutato la pratica di rimborso, disponendo la liquidazione delle somme richieste dal consumatore.

⁵ Cfr. prot. 87298 del 22 novembre 2021 e prot. 92146 del 13 dicembre 2021.

⁶ Cfr. prot. 95825 del 28 dicembre 2021 integrata con prot. 15806 del 28 gennaio 2022.

Il respingimento di domande di rimborso che in precedenza, a parità di condizioni, venivano accolte dai professionisti senza formulare eccezioni, costituisce una problematica ricorrente nei reclami dei consumatori⁷.

8. Alcuni assicurati Mètasalute hanno appreso che la prestazione richiesta e autorizzata non era in convenzione e che, pertanto, poteva essere erogata soltanto a pagamento, una volta recatisi presso la struttura sanitaria. Un consumatore ha effettuato comunque la prestazione pagando 220 euro di cui ha chiesto il rimborso spiegando l'accaduto, ma la richiesta è stata respinta⁸.

Con riferimento alla polizza Mètasalute i reclami pervenuti riguardano anche il mero invio di dispositivi medici rientranti in copertura. Al riguardo, a fronte del sollecito di un consumatore motivato dal mancato ricevimento di Kit intolleranze e Kit allergie richiesti negli anni 2020 e 2021, ISP RBM, con comunicazione del 2 novembre 2021, ha rappresentato quanto segue: *“le sue richieste...[...]....sono state verificate e risultano tutte prese in carico. La consegna avverrà con la prossima spedizione programmata, la cui data attualmente non è ancora nota. Siamo spiacenti per l’attesa”*. Nel febbraio 2022, il consumatore ha chiesto nuovamente di poter ricevere i kit nel più breve tempo possibile e ISP RBM, con comunicazione dell’8 marzo 2022, ha invitato l’assistito *“ad attendere i tempi tecnici di lavorazione previsti”*⁹.

9. Numerosi reclami pervenuti concernono respingimenti di richieste con motivazioni pretestuose o non coerenti con la documentazione fornita dagli assicurati¹⁰. Tale circostanza è descritta, ad esempio, nel reclamo di un consumatore¹¹ al quale viene comunicato che la fisioterapia è rimborsabile solo se è eseguita da medico chirurgo, da fisioterapista con diploma o presso strutture con direttore sanitario, non considerando che la prestazione veniva erogata da una struttura ospedaliera. Ad altro segnalante è stata opposta una *“finalità estetica”* relativamente a una richiesta di visita dermatologica a seguito di epiluminescenza che aveva evidenziato nei atipici in paziente con familiarità per il melanoma¹². Dopo la presentazione di tale reclamo anche a IVASS, la prestazione è stata autorizzata.

In molti casi il respingimento della pratica è stato motivato dai professionisti con la mancata indicazione di una patologia che, tuttavia, risultava dalla documentazione prodotta dall’assistito¹³. Un assicurato con indicazione della patologia nella prescrizione medica ha ricevuto l’autorizzazione alla prestazione presso una struttura convenzionata, ma un diniego di rimborso per la stessa prestazione eseguita in struttura non convenzionata; allora il consumatore ha concluso: *“se la prescrizione con patologia dichiarata è valida per un voucher in struttura convenzionata, allora*

⁷ Cfr. prot. 82368 del 2 novembre 2021 integrata con prott. 91687 e 92435, rispettivamente, del 10 e 14 dicembre 2021, prot. 92945 del 15 dicembre 2021, prot. 12497 del 14 gennaio 2022 integrata con prott. 14888 e 15219, rispettivamente, del 25 e 26 gennaio 2022, prot. 19079 del 10 febbraio 2022, prot. 19868 del 14 febbraio 2022, prot. 21465 del 21 febbraio 2022, prot. 22996 del 25 febbraio 2022, prot. 24786 del 4 marzo 2022, prot. 25717 del 10 marzo 2022.

⁸ Cfr. prot. 91030 del 7 dicembre 2021 e prot. 95675 del 27 dicembre 2021.

⁹ Cfr. prot. 23291 del 28 febbraio 2022 integrata con prot. 25474 del 9 marzo 2022.

¹⁰ Cfr. prot. 21073 del 18 febbraio 2022 integrata con prot. 21878 del 22 febbraio 2022, prot. 29547 del 25 marzo 2022, prot. 33513 dell’11 aprile 2022.

¹¹ Cfr. prot. 11319 dell’11 gennaio 2022.

¹² Cfr. prot. prot. 95039 del 22 dicembre 2021 integrata con prott. 95150 e 20316, rispettivamente, del 23 dicembre 2021 e del 16 febbraio 2022.

¹³ Cfr. prot. 82720 del 2 novembre 2021, prot. 26883 del 16 marzo 2022, prot. 29273 del 24 marzo 2022, prot. 29524 del 25 marzo 2022, prot. 29752 del 28 marzo 2022, prot. 32405 del 6 aprile 2022.

deve essere valida anche per richiedere il rimborso della medesima prestazione eseguita in struttura non convenzionata!”¹⁴.

10. Dalle segnalazioni emergono anche reiterate e non giustificate richieste di integrazione documentale formulate dai professionisti che hanno avuto l'effetto di ostacolare la fruizione delle prestazioni assicurative¹⁵.

In via esemplificativa, si cita il caso di un assicurato¹⁶ che ha presentato una domanda volta all'ottenimento della indennità per trisomia 21 - sindrome di *down* di cui è affetto il proprio figlio. All'utente è stato richiesto di integrare la domanda con documentazione relativa a prestazione di diversa natura, nello specifico *“autocertificazione per richiesta di prestazioni sociali”*¹⁷. Un altro consumatore ha riferito che i professionisti, ritenendo carente la documentazione a supporto di una richiesta di rimborso relativa a un intervento chirurgico, in prima battuta avevano richiesto la scomposizione dei costi della fattura già presentata, poi hanno rappresentato la necessità di acquisire gli esami radiografici effettuati prima e dopo l'intervento, infine hanno respinto la pratica perché la prestazione non è stata fruita in assistenza diretta¹⁸. In altri casi, nella richiesta di integrazione è stato richiesto di produrre il certificato di pronto soccorso¹⁹, nonostante la prassi e le linee guida liquidative abbiano previsto, a partire dall'1° novembre 2021, la possibilità per l'assicurato di presentare un certificato equipollente.

Altre richieste di integrazione pratica sono state formulate benché la documentazione fosse già in possesso dei professionisti²⁰.

11. Ulteriori reclami concernono difficoltà di contattare l'assistenza clienti e/o la scarsa efficacia della stessa. Un segnalante che ha dovuto procedere al pagamento dell'importo di 1.205,00 euro per un ciclo di chemioterapia, nonostante lo stesso fosse stato preventivamente approvato dalla centrale operativa di Previmedical, ha lamentato che *“a nulla sono valse gli innumerevoli tentativi telefonici con la centrale operativa di Previmedical (peraltro, si rileva che ogni volta è un'impresa cercare di parlare con gli operatori telefonici ai quali occorre spiegare ogni volta la vicenda sin dall'inizio) per cercare di chiarire il motivo per cui la scrivente dovesse effettuare il pagamento”*²¹. In un reclamo relativo a una richiesta di rimborso per spese odontoiatriche, un consumatore ha rappresentato: *“Tra il 7 e il 14 gennaio ho cercato più volte di parlare con un'operatrice utilizzando l'opzione di chiamata, senza alcun esito. Il 17 gennaio ho scritto alla centrale operativa chiedendo informazioni, il 18 gennaio prendono in carico la richiesta ma nessuno mi contatta. Il 28 gennaio*

¹⁴ Cfr. prot. 26019 dell'11 marzo 2022 integrata con prot. 29385 del 25 marzo 2022.

¹⁵ Cfr. prot. 92512 del 14 dicembre 2021, prot. 23652 del 1° marzo 2022 integrata con prot. 27591 del 17 marzo 2022, prot. 31118 del 31 marzo 2022.

¹⁶ Cfr. prot. 31305 del 1° aprile 2022.

¹⁷ Il segnalante evidenzia che l'indennità per sindrome di down è prevista alla lettera G.4 del piano base della copertura Metasalute secondo cui *“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”*, mentre le prestazioni sociali sono disciplinate alla lettera H delle condizioni contrattuali.

¹⁸ Cfr. prot. 29748 del 28 marzo 2022.

¹⁹ Cfr. prot. 14688 del 24 gennaio 2022, prot. 15603 del 27 gennaio 2022.

²⁰ Cfr. prot. 20918 del 17 febbraio 2022, prot. 22797 del 25 febbraio 2022, prot. 23086 del 28 febbraio 2022, prot. 25757 del 10 marzo 2022, prot. 26034 dell'11 marzo 2022, prot. 27012 del 16 marzo 2022.

²¹ Cfr. prot. 27258 del 17 marzo 2022 integrata con prot. 27724 del 18 marzo 2022.

*trasmetto la documentazione che ritengo idonea. Il 16 febbraio scrivo rappresentando l'inerzia e che ho trasmesso i documenti. Il 17 febbraio comunicano che manca la domanda di rimborso sottoscritta dal medico, segnalo immediatamente che è presente nel portale web. Il 18 febbraio comunicano che la mia segnalazione è stata presa in carico. Il 22 febbraio chiamo il call center, l'operatrice non sa dirmi cosa manchi, di attendere una settimana che sollecitano la struttura. Attendo invano e il 4 marzo sollecito una risposta; rispondono che hanno sollecitato la struttura. Sto ancora attendendo”²². Un altro assicurato, che in data 28 marzo 2022 ha contattato il call center a seguito della mancata autorizzazione di una visita specialistica ha riferito: “Inizio subito a richiamare il call center chiedendo spiegazioni, mezz'ora di telefonate in cui l'operatore di turno è approssimativo e mi dice di richiamare perché il sistema è lento, oppure si blocca e non sa il motivo. In data 29 marzo richiamo più volte il call center e i vari operatori continuano in varie telefonate a trovare tutte scuse diverse 1. ah il sistema non funziona, si blocca; 2. Il medico non è in convenzione, anzi no, la struttura non è in convenzione; 3. La struttura è in convenzione, ma strano che il sistema non va avanti nel processo di richiesta...In una delle ultime telefonate l'operatore...[...]...di Previmedical, dopo 32 minuti di chiamata e di attese in cui parla con Supervisor, mi dice facciamo così, le inserisco la richiesta manualmente e poi le rimando la mail e...**E MI ATTACCA!** Richiamo più volte il call center ma non riesco a sentire il disco, la connessione non funziona e cade spesso la linea senza sentire nulla. Finalmente riesco a parlare con un nuovo operatore chiedendo di parlare con ...[...]...perché era “caduta la linea”, e...[...]...mi dice che non può passarmi lo stesso operatore di prima, che loro sono centinaia e chi capita capita...Allora rispiego tutto ad...[...]..., che mi dice altre balle su balle, ed intanto altri 29 minuti di chiamata...sono rimasta che...[...]...ha inserito una segnalazione con cui un suo Supervisore poi mi contatterà. Non si può sapere entro quanto...[...]... Alla fine l'assicurato ha commentato: “Il giorno della visita si avvicina ed io non so se potrò farla in forma diretta come sempre oppure no...**DURANTE LA PANDEMIA PREVIMEDICAL HA INCASSATO BEI SOLDINI**...[...]...senza che noi assistiti abbiamo richiesto visite e rimborsi...[...]...e ora che si ripensa a fare qualche visita di controllo e prevenzione sanitaria, **PREVIMEDICAL fa ostruzionismo e dilata tempistiche di risposta in modo vergognoso**”²³.*

12. Dagli elementi raccolti in atti emerge la sostanziale reiterazione, da parte dei professionisti, della pratica scorretta accertata nel citato provvedimento del 13 luglio 2021.

Le denunce pervenute successivamente alla chiusura del procedimento PS11828, infatti, dimostrano difficoltà di accedere ai servizi prestati dai professionisti, respingimenti di richieste con motivazioni pretestuose o non coerenti con la documentazione fornita dagli assicurati, reiterate e non giustificate richieste di integrazione documentale, difficoltà di contattare l'assistenza clienti e/o scarsa efficacia della stessa. Inoltre, il numero di segnalazioni pervenute all'Autorità è aumentato significativamente a partire dal mese di gennaio 2022.

Ne deriva che le articolate iniziative prospettate dai professionisti in ottemperanza al provvedimento, alcune delle quali peraltro ancora non implementate, non hanno prodotto gli effetti attesi in termini di miglioramento del servizio.

²² Cfr. prot. 28408 del 22 marzo 2022.

²³ Cfr. prot. 30376 del 29 marzo 2022.

Ciò risulta anche dal riscontro del 21 febbraio 2022 fornito da IVASS alla richiesta di collaborazione dell'Autorità, nel quale l'Istituto ha fatto presente che il numero di reclami ricevuti nel periodo luglio 2021-gennaio 2022 è cresciuto in maniera significativa rispetto all'analogo periodo dell'anno precedente e che i reclami vertono sui profili esaminati nel provvedimento n. 29769 del 13 luglio 2021.

Ricorrono, in conclusione, i presupposti per l'avvio del procedimento previsto dall'art. 27, comma 12, del Codice del Consumo, volto all'irrogazione di una sanzione amministrativa pecuniaria da 10.000 a 5.000.000 euro.

RITENUTO, pertanto, che i fatti descritti potrebbero integrare una fattispecie di inottemperanza alla delibera dell'Autorità n. 29769 del 13 luglio 2021, ai sensi dell'art. 27, comma 12, del Codice del Consumo;

DELIBERA

a) di contestare alle società Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. e Previmedical - Servizi per la sanità integrativa S.p.A. la violazione di cui all'art. 27, comma 12, del Codice del Consumo, per non aver ottemperato alla delibera dell'Autorità n. 29769 del 13 luglio 2021;

b) l'avvio del procedimento per eventuale irrogazione della sanzione pecuniaria prevista dall'art. 27, comma 12, del Codice del Consumo;

c) che il responsabile del procedimento è il dott. Massimo D'Abaldo;

d) che può essere presa visione degli atti del procedimento presso la Direzione C della Direzione Generale per la Tutela del Consumatore, dell'Autorità, dai legali rappresentanti delle suindicate società, ovvero da persone da esse delegate;

e) che, entro il termine di trenta giorni dalla comunicazione del presente provvedimento, gli interessati possono far pervenire all'Autorità scritti difensivi e documenti, nonché chiedere di essere sentiti;

f) che il procedimento deve concludersi entro centoventi giorni dalla data di comunicazione del presente provvedimento.

Ai fini della quantificazione dell'eventuale sanzione pecuniaria prevista dall'art. 27, comma 12, del Codice del Consumo, si richiede a Intesa Sanpaolo RBM Salute S.p.A. e Previmedical - Servizi per la sanità integrativa S.p.A. di fornire copia dell'ultimo bilancio ovvero idonea documentazione contabile attestante le condizioni economiche nell'ultimo anno.

Il presente provvedimento sarà comunicato ai soggetti interessati e pubblicato nel Bollettino dell'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato.

IL SEGRETARIO GENERALE
Guido Stazi

IL PRESIDENTE
Roberto Rustichelli
