

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione e Informativa sulla Privacy, deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Stai in Salute® 
Polizza Sanitaria con Te dalla nascita
YOUNG

Contratto di Assicurazione
per il rimborso delle spese sanitarie

Patto Chiaro Salute - Polizza verificata da Adiconsum

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

-
- Scheda riassuntiva
-

- Guida sintetica alle prestazioni sanitarie
-

- SEZIONE I
-

- Condizioni Generali di Assicurazione
-

- Descrizione delle Prestazioni Assicurate
-

- Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione
-

- Liquidazione dell'indennizzo
-

- Livelli di servizio e penali
-

- SEZIONE II
-

- Servizi aggiuntivi Previmedical
-

- ALLEGATI
-

1. Elenco patologie che comportano la riduzione del massimale assicurato
-

2. Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
-

3. Informativa relativa alle aree web riservate attivate ai sensi del Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013
-

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assistito, contenute del presente contratto, sono riportate in carattere "sottolineato".

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto da IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. (di seguito per brevità anche RBM Salute S.p.A.) ha sede legale e direzione generale in Italia, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso, sede secondaria via Victor Hugo, 4, 20123 Milano recapito telefonico 02-91431789 ed è Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 2/11/2007 n. 255).

Recapito telefonico: 0422 062700, sito internet: www.rbmsalute.it, indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2016

Patrimonio netto:	€ 83.622.481,00
di cui - capitale sociale:	€ 60.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 8.231.497,00
Indice di solvibilità ² :	187%

L'indice di solvibilità consente di verificare la capacità della Società di pagare i debiti, sia a breve che a medio termine, in considerazione delle sue disponibilità immediate e realizzabili. L'indice di RBM Salute S.p.A. evidenzia che i suoi creditori sono più che coperti dall'eccellente stato di solvibilità della Società.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La Polizza Sanitaria ha una durata di 2 anni a partire dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data di sottoscrizione dell'assicurazione alla data di sottoscrizione salvo buon fine (SBF) dell'incasso del premio (vedasi art. 4 delle CGA);

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata mediante lettera raccomandata alla Società almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della polizza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

In ogni caso la polizza terminerà alla scadenza successiva, senza necessità di invio della disdetta;

- ove l'Assistito raggiunga i 21 anni di età;
- qualora l'Assistito presenti una denuncia di sinistro relativa alla garanzia A).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La Polizza Sanitaria prevede un'indennità una tantum in caso di prima diagnosi documentata durante l'operatività della presente Polizza Sanitaria per una delle patologie indicate all'art. 15

¹ I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) vengono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio della Compagnia. Per la loro consultazione si rinvia al sito www.rbmsalute.it – informazioni societarie.

² L'indice di solvibilità rappresenta rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

lettera A), nonché una garanzia per rimborso spese per promozione all'attività sportiva di cui alla lettera B).

La copertura prevede inoltre delle garanzie opzionali acquistabili singolarmente, ossia indennità una tantum per fratture, ustioni, lussazioni, lesioni interne” ed il rimborso delle spese mediche sostenute per “cure dentarie da infortunio”, vedi art. 15 lettera C.1) e C.2)

Avvertenza:

- a) La Polizza Sanitaria **NON** include le neoplasie maligne diagnosticate prima della stipula del contratto, salvo quanto previsto al secondo e terzo punto dell'art. 17. Limitazioni (vedi art. 17 delle CGA).
- b) prevede esclusioni (vedi art. 18 “Esclusioni” delle CGA); esistono, per esempio, patologie espressamente non indennizzabili.
- c) prevede cause di non assicurabilità (vedi art. 19 “Persone non assicurabili” delle CGA); pertanto, in alcuni casi la Società non potrà accogliere la richiesta di sottoscrizione della Polizza Sanitaria. Come previsto dalla normativa vigente in materia, nel caso in cui la Società riceva una proposta assicurativa inadeguata, lo comunica al potenziale Assistito.

Avvertenza: la Polizza Sanitaria prevede limitazioni seconda del livello di Protezione prescelto (vedi anche art. 15 “Oggetto dell'assicurazione” e 17 “limitazioni” delle CGA).

Ad esempio, in caso scelta del livello di protezione “Medium”, in caso di prima diagnosi di cancro è prevista un'indennità una tantum di € 25.000.

In caso di Garanzia opzionale “Indennità per fratture, ustioni, lussazioni, lesioni interne” è prevista un'indennità una tantum di € 2.000 per evento per anno.

In caso di Garanzia opzionale “Cure dentarie da infortunio” a fronte di una spesa di € 1.500 saranno riconosciuti € 1.125, in quanto € 375 sono pari al 25% di scoperto previsto.

Avvertenza: sono previsti limiti massimi di età assicurabile (vedi art. 19 “Persone non assicurabili” delle CGA).

4. Periodi di carenza contrattuali

La Polizza Sanitaria prevede periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attiva la copertura e pertanto non possono essere rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute (vedi paragrafo carenze nell'ambito delle singole garanzie).

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze (ovvero le omissioni) dell'Assistito e/o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione della Polizza Sanitaria ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile (vedi art. 1 “Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio” delle CGA).

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario (si tratta di un questionario che di solito l'Assistito deve compilare prima della stipula di una Polizza Sanitaria come la presente, con il quale dichiara tutti gli infortuni e le malattie pregresse e che serve all'Assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità).

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Assistito deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, in caso di trasferimento della residenza si può verificare un aggravamento del rischio che va comunicato (vedi art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle CGA).

7. Premi

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società mediante una delle seguenti modalità di pagamento:

- a) carta di credito;
- b) addebito automatico sul conto corrente del Contraente (modalità SDD).

I predetti metodi di pagamento garantiscono i più elevati standard di protezione per un acquisto sicuro.

Il premio dovrà essere corrisposto con versamento annuale anticipato come riportato sul certificato di polizza, oppure mediante pagamento mensile. Pertanto, il premio dovrà essere corrisposto prima o durante la decorrenza della copertura.

Il premio viene determinato in base all'età dell'Assistito.

È data facoltà di estendere la copertura ad altri Assistiti esclusivamente in sede di sottoscrizione della polizza e a condizione che sia acquistato il medesimo livello di protezione.

L'inclusione di altri Assistiti in un momento successivo alla decorrenza della polizza non è consentita.

La quota pari allo 0,5% del premio annuo versato dal Contraente alla Società sarà devoluto alla Fondazione IEO – CCM per la Ricerca Oncologica.

La copertura prevede inoltre Fidelity Bonus e No-claim Bonus (vedi artt. 4.1 e 4.2 delle CGA).

In ragione della durata biennale della Polizza, si segnala che, conformemente a quanto previsto dell'art. 1899, comma 2, del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21, comma 3, della L. 23 luglio 2009, n. 99, la Società, al momento della determinazione del premio ha praticato una riduzione media del 0,5%.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati, pertanto non vi è un adeguamento automatico degli importi rispetto ad indici di riferimento, come ad esempio quello ISTAT.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: la facoltà di recesso da parte del Contraente è preclusa.

Avvertenza: Il Contraente ha la facoltà di disdire il contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza della polizza (vedi art. 5 "Tacito rinnovo" delle CGA).

Avvertenza: Il Contraente nel caso di conclusione del contratto a distanza ha la facoltà di esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla sottoscrizione del contratto, secondo quanto previsto dall'art. 67 duodecies del Codice del Consumo. Il diritto di ripensamento dovrà essere esercitato tramite invio di raccomandata a/r da spedire a: RBM Salute S.p.A. - Sede Legale - via E. Forlanini, 24 - 31022, Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde. Qualora il Contraente eserciti il diritto di ripensamento, la Società provvederà alla restituzione del premio versato al netto di ogni imposta applicabile, degli oneri fiscali e parafiscali e della parte di premio per la quale la copertura ha avuto effetto in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto (art. 2952 del Codice Civile)

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Per esempio, non saranno rimborsate dalla Società spese sanitarie di cui l'Assistito richieda il rimborso oltre due anni dall'esecuzione della prestazione.

11. Legge applicabile al contratto

La Polizza Sanitaria e i rapporti antecedenti alla sua conclusione sono regolati dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale

I contributi sono sottoposti a tassa del 2,50%.
Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

13. Trasmissione della documentazione

Tutte le comunicazioni inerenti il presente contratto dovranno avvenire in lingua italiana.
Il Contraente ha diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere su supporto cartaceo o su altro supporto durevole tutta la documentazione inerente il contratto di assicurazione (anche quella precontrattuale), nonché ogni comunicazione ad esso relativa. Il Contraente può in ogni caso revocare la scelta precedentemente effettuata, previa comunicazione all'impresa.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: la data del sinistro è la prima diagnosi relativa alla patologia oggetto della copertura. La data evento è la data della prima diagnosi documentata durante il periodo di validità della copertura. Relativamente alla garanzia A) la data del sinistro è quella del referto istopatologico. Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società non appena l'Assistito o i suoi aventi diritto ne abbiano la possibilità; la Società può richiedere che l'Assistito sia visitato da un proprio fiduciario, ovvero un consulente individuato dalla Società (vedi art. 20 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA).

In caso di spese relative alla garanzia "Promozione all'attività sportiva" la data del sinistro è quella della prima prestazione relativa allo specifico evento.

In caso di garanzia opzionale Cure dentarie da infortunio la data del sinistro è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società dall'Assistito o i suoi aventi diritto entro il termine di cui al precedente art.10 della Nota Informativa (ai sensi dell'art.2952 comma 2 del Codice Civile); la Società può richiedere che l'Assistito sia visitato da un proprio fiduciario, ovvero un consulente individuato dalla Società (vedi art. 20 delle CGA).

Avvertenza: La copertura prevede livelli di servizio minimi garantiti e penali a favore dell'Assistito (vedi art. 21 delle CGA)

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta limitatamente alla garanzia opzionale "Cure dentarie da infortunio" tramite dentisti convenzionati (vedi art. 20 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA). In questi casi, l'Assistito dovrà pagare solo gli eventuali importi eccedenti i limiti di indennizzo previsti dal livello di Protezione prescelto, senza quindi dover anticipare l'intero importo della prestazione, come invece accade nel regime rimborsuale. Si precisa che nel caso del regime di assistenza diretta il pagamento degli indennizzi previsti dal livello di Protezione prescelto non potrà eccedere in ogni caso il limite massimo degli importi stabiliti dalla convenzione stipulata dalla Società di Servizi Previmedical con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati (come risultanti dai documenti di spesa quali, a titolo di esempio, fatture, notule, ricevute, ecc.). Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione.

Basterà contattare la Centrale Operativa e chiedere di essere autorizzati a riceverla presso una delle strutture appartenenti al circuito di strutture convenzionate.

Si rinvia al sito www.rbmsalute.it per l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

Avvertenza: In caso di prestazioni odontoiatriche in strutture convenzionate RBM Salute (pagamento diretto) qualora, sia nel corso del ciclo di cure o successivamente alle stesse, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate al professionista se già saldate dalla Società all'odontoiatra convenzionato, oppure dovrà saldarle direttamente (vedi art. 20 delle CGA).

Avvertenza: La copertura prevede livelli di servizio minimi garantiti e penali a favore dell'Assistito (vedi art. 21 delle CGA)

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Servizio Clienti – Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it utilizzando il fac-simile disponibile sul sito www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami.

RBM Assicurazione Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.

Qualora l'esponente non fosse soddisfatto della risposta ricevuta, o non ricevesse risposta entro i 45 giorni dalla presentazione del reclamo, prima di interessare l'Autorità giudiziaria potrà:

- rivolgersi all'IVASS, utilizzando il fac-simile di lettera disponibile sul sito dell'Autorità di Vigilanza, al seguente link:
http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf
- avvalersi della procedura di mediazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi ad un Organismo di Mediazione – a sua libera scelta - accreditato presso il Ministero della Giustizia;
- avvalersi degli altri sistemi alternativi vigenti per la risoluzione delle controversie.

Resta salva, in ogni caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

16. Arbitrato

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge, in quanto non è prevista alcuna forma di arbitrato. Per i dettagli si rinvia all'articolo "Controversie" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

RBM Assicurazione Salute S.p.A è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

U. Michietti

Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

GLOSSARIO

Assistito o Assicurato: persona fisica il cui interesse è protetto dall'assicurazione e che può coincidere o meno con il Contraente.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

Cancro/Neoplasia maligna: tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani.

Sono compresi:

- leucemia;
- linfomi maligni, compresi i linfomi cutanei;
- malattia di Hodgkin;
- neoplasie maligne del midollo osseo ed i sarcomi.

La diagnosi di cancro deve essere confermata da referto istopatologico.

Carenza/Termini di aspettativa: il periodo di tempo che intercorre fra la data di effetto dell'assicurazione e l'inizio della garanzia.

Cartella Clinica: documento (o insieme di documenti) ufficiale compilato durante il ricovero, contenente i dati del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima (storia sanitaria del paziente), terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La cartella clinica ha natura di atto pubblico.

Centrale Operativa: è la struttura di Previmedical che eroga, con costi a carico della Società, le prestazioni alla stessa attribuite dalla polizza. Previmedical – Servizi per Sanità Integrativa S.p.A. eroga servizi amministrativi e liquidativi ai clienti della Società; Previmedical ha sede in Italia, via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso.

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi del Contraente, i soggetti assicurati, ecc).

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione e che è responsabile del versamento del premio.

Contratto di assicurazione a distanza: il contratto di assicurazione contro i danni stipulato tra la Società e il Contraente nell'ambito di un sistema di vendita a distanza organizzato dalla Società che, per tale contratto, impiega esclusivamente una o più tecniche di comunicazione a distanza fino alla conclusione del contratto, compresa la conclusione del contratto stesso. Ad esempio contratto stipulato online.

Evento/Data Evento:

- relativamente alla garanzia A) e C.1) la prima diagnosi relativa alla patologia oggetto della copertura.
Relativamente alla garanzia A) la data del sinistro è quella del referto istopatologico.
Relativamente alla garanzia C.1) la data evento è la data della prima diagnosi documentata durante il periodo di validità della copertura;
- relativamente alla garanzia C.2) tutte le prestazioni odontoiatriche, riguardanti lo stesso

infortunio, inviate contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

- relativamente alla garanzia B) tutte le prestazioni, riguardanti lo stesso evento, inviate contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione erogata relativa allo specifico evento.

Fascicolo informativo: l'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto almeno da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione, Informativa Privacy.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

Indennizzo: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1 gennaio 2013.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

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

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie.

Modulo/Polizza Sanitaria: una o più garanzie assicurative previste dalla Polizza.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Sinistro: il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione.

Società: RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Sport Professionistico: attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

Supporto durevole: qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse, e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

***CONDIZIONI GENERALI
DI ASSICURAZIONE***

SCHEDA RIASSUNTIVA

Indennizzi, massimali, limiti , scoperti e franchigie che verranno concordate per le singole Protezioni

PROTEZIONE SMALL

Garanzie	INDENNIZZI PER PERSONA LIMITI / SCOPERTI E FRANCHIGIE
GARANZIA A	
A) INDENNITA' PER CANCRO	<p>€ 20.000 una tantum ridotto ad € 5.000 una tantum per i casi di cui all'art. 16</p> <p>Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni</p>
B) PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA Massimale: Condizioni:	<p>ogni anno € 25 anno/persona</p> <p>al 100%</p>

PROTEZIONE SMALL + PACCHETTO GARANZIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Garanzie	INDENNIZZI/MASSIMALI PER PERSONA LIMITI / SCOPERTI E FRANCHIGIE
GARANZIA A	
A) INDENNITA' PER CANCRO	<p>€ 20.000 una tantum ridotto ad € 5.000 una tantum per i casi di cui all'art. 16</p> <p>Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni</p>
B) PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA Massimale: Condizioni:	<p>ogni anno € 25 anno/persona</p> <p>al 100%</p>
PACCHETTO DI GARANZIE A SEGUITO DI INFORTUNIO C (GARANZIE C.1 + C.2)	
C.1) INDENNITA' PER FRATTURE, USTIONI, LUSSAZIONI, LESIONI INTERNE	<p>€ 2.000 per evento/anno</p>
C.2) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO Massimale: Condizioni:	<p>€ 2.000 anno/persona</p> <p>scoperto 25% minimo € 60 per fattura</p>

PROTEZIONE MEDIUM

Garanzie	INDENNIZZI PER PERSONA LIMITI / SCOPERTI E FRANCHIGIE
GARANZIA A	
A) INDENNITA' PER CANCRO	<p>€ 25.000 una tantum ridotto ad € 6.250 una tantum per i casi di cui all'art. 16</p> <p>Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni</p>
B) PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA Massimale: Condizioni:	<p>ogni anno € 25 anno/persona</p> <p>al 100%</p>

PROTEZIONE MEDIUM+ PACCHETTO GARANZIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Garanzie	INDENNIZZI/MASSIMALI PER PERSONA LIMITI / SCOPERTI E FRANCHIGIE
A) INDENNITA' PER CANCRO	<p>€ 25.000 una tantum ridotto ad € 6.250 una tantum per i casi di cui all'art. 16</p> <p>Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni</p>
B) PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA Massimale: Condizioni:	<p>ogni anno € 25 anno/persona</p> <p>al 100%</p>
PACCHETTO DI GARANZIE A SEGUITO DI INFORTUNIO C (GARANZIE C.1 + C.2)	
C.1) INDENNITA' PER FRATTURE, USTIONI, LUSSAZIONI, LESIONI INTERNE	<p>€2.000 per evento/anno</p>
C.2) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO Massimale: Condizioni:	<p>€ 2.000 anno/persona</p> <p>scoperto 25% minimo € 60 per fattura</p>

PROTEZIONE LARGE

Garanzie	INDENNIZZI PER PERSONA LIMITI / SCOPERTI E FRANCHIGIE
GARANZIA A	
A) INDENNITA' PER CANCRO	<p>€ 35.000 una tantum ridotto ad € 8.750 una tantum per i casi di cui all'art. 16</p> <p>Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni</p>
B) PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA Massimale: Condizioni:	<p>ogni anno € 25 anno/persona</p> <p>al 100%</p>

PROTEZIONE LARGE + PACCHETTO GARANZIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Garanzie	INDENNIZZI/MASSIMALI PER PERSONA LIMITI / SCOPERTI E FRANCHIGIE
GARANZIA A	
A) INDENNITA' PER CANCRO	<p>€ 35.000 una tantum ridotto ad € 8.750 una tantum per i casi di cui all'art. 16</p> <p>Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni</p>
B) PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA Massimale: Condizioni:	<p>ogni anno € 25 anno/persona</p> <p>al 100%</p>
PACCHETTO DI GARANZIE A SEGUITO DI INFORTUNIO C (GARANZIE C.1 + C.2)	
C.1) INDENNITA' PER FRATTURE, USTIONI, LUSSAZIONI, LESIONI INTERNE	€ 2.000 per evento/anno
C.2) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO Massimale: Condizioni:	<p>€ 2.000 anno/persona</p> <p>scoperto 25% minimo € 60 per fattura</p>

PROTEZIONE EXTRA LARGE

Garanzie	INDENNIZZI PER PERSONA LIMITI / SCOPERTI E FRANCHIGIE
GARANZIA A	
A) INDENNITA' PER CANCRO	<p>€ 50.000 una tantum ridotto ad € 12.500 una tantum per i casi di cui all'art. 16</p> <p>Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni</p>
B) PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA Massimale: Condizioni:	<p>ogni anno € 25 anno/persona</p> <p>al 100%</p>

PROTEZIONE EXTRA LARGE + PACCHETTO GARANZIE A SEGUITO DI INFORTUNIO

Garanzie	INDENNIZZI/MASSIMALI PER PERSONA LIMITI / SCOPERTI E FRANCHIGIE
GARANZIA A	
A) INDENNITA' PER CANCRO	<p>€ 50.000 una tantum ridotto ad € 12.500 una tantum per i casi di cui all'art. 16</p> <p>Periodo minimo di sopravvivenza 30 giorni</p>
B) PROMOZIONE DELL'ATTIVITA' SPORTIVA Massimale: Condizioni:	<p>ogni anno € 25 anno/persona</p> <p>al 100%</p>
PACCHETTO DI GARANZIE A SEGUITO DI INFORTUNIO C (GARANZIE C.1 + C.2)	
C.1) INDENNITA' PER FRATTURE, USTIONI, LUSSAZIONI, LESIONI INTERNE	€ 2.000 per evento/anno
C.2) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO Massimale: Condizioni:	<p>€ 2.000 anno/persona</p> <p>scoperto 25% minimo € 60 per fattura</p>



GUIDA ALLE PRESTAZIONI IN FORMA INDENNITARIA E DIRETTA



GUIDA SINTETICA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE

Vengono resi disponibili i seguenti servizi tramite la tua area riservata dal sito www.rbmsalute.it alla quale è possibile accedere seguendo le istruzioni **che hai ricevuto via mail in fase di sottoscrizione del contratto**.

L'area riservata ti permette di:

- visualizzare la posizione anagrafica;
- inserire le richieste di rimborso online per le spese sanitarie: se allegherai la documentazione non sarà necessario inviarla per posta, se invece dovrai inviarla ti ricordiamo di inviare solo delle copie e di trattenere gli originali presso di te;
- inserire richieste di assistenza convenzionata online;
- visualizzare la tua CARD elettronica personale che riporta tutti i riferimenti necessari per accedere, in modo rapido e veloce, alle strutture sanitarie convenzionate;
- visualizzare lo stato delle proprie pratiche, la propria posizione contributiva;
- gestire i dati anagrafici limitatamente alle pratiche di rimborso.

I medesimi servizi sono disponibili tramite app CITRUS© accedendo alla tua area riservata.

**COSA FARE PER POTER OTTENERE L'INDENNIZZO
PREVISTO ALLE GARANZIE A) E C.1)**

Fase 1	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di indennizzo ed allega <i>in fotocopia</i> la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - referto istopatologico (necessario a conferma di una diagnosi di neoplasia maligna); - cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) in caso di ricovero anche in Day hospital; - relazione medica in caso di interventi ambulatoriali; - accertamenti radiologici, ecc; - il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in caso di infortunio previsto alla garanzia C.1) <p>Non è richiesta la presentazione di fatture, notule e ricevute.</p> <p>Invia la documentazione a: RBM Assicurazione Salute S.p.A. Casella Postale n. 67 31021 Mogliano Veneto (TV)</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di indennizzo delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa accedendo alla tua area riservata dal sito www.rbmsalute.it - "Gestisci la Tua Polizza online".</p>
Fase 4	<p>RBM Assicurazione Salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di indennizzo.

COSA FARE PER POTER ACCEDERE ALLE STRUTTURE CONVENZIONATE RBMSALUTE (PAGAMENTO DIRETTO) PREVISTO ALLA GARANZIA C.2)	
Fase 1	Il medico dentista predisporre un piano di cure da eseguire.
Fase 2	<p>Prenota la prestazione presso una delle Strutture Odontoiatriche Convenzionate RBM Salute. L'elenco delle strutture è consultabile sul sito www.rbmsalute.it.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contatta con un preavviso di 48 ore lavorative la Centrale Operativa, utilizzando <u>app CITRUS©</u> (Area Riservata) o numero verde 800. 991. 771 da telefono fisso e cellulare 0039 0422.1744.207 per chiamate dall'estero) per ricevere l'autorizzazione ad effettuare le prestazioni con pagamento diretto, comunicando le seguenti informazioni: cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione; - recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione; - struttura convenzionata presso la quale verrà effettuata la prestazione ; - data della prestazione; - Dati della prescrizione medica: è sufficiente la lettura della prescrizione con indicazione della prestazione da eseguire e della patologia presunta o accertata. <p>Inoltra tramite app/web/via mail all'indirizzo polizzeindividuali@rbmsalute.it o via fax al n. 0422.1744.707 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, con indicazione della patologia presunta o accertata solo per ricoveri e/o interventi o per prestazioni extraospedaliere su espressa richiesta della Centrale Operativa - il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, nel caso di infortunio.
Fase 3	<p>La Centrale Operativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - identifica la struttura convenzionata più idonea in funzione della tipologia di prestazione ospedaliera da eseguire; - in caso di prestazione ospedaliera effettua la prenotazione direttamente alla Struttura Sanitaria dandone conferma all'assistito; - inoltra copia dell'autorizzazione tramite e-mail o codice di autorizzazione tramite SMS, specificando eventuali quote a carico dell'assistito.
Fase 4	<p>Al momento della prestazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - esibisci copia dell'autorizzazione ricevuta tramite e-mail o SMS; - salda alla Struttura Sanitaria esclusivamente le quote rimaste a tuo carico.

COSA FARE PER POTER OTTENERE IL RIMBORSO IN CASO DI UTILIZZO DI STRUTTURE NON CONVENZIONATE RBMSALUTE PREVISTO ALLA GARANZIA C.2)	
Fase 1	Il medico dentista predispone un piano di cure da eseguire.
Fase 2	Esegui la prestazione presso una delle Strutture Odontoiatriche NON Convenzionate RBM Salute saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allega <i>in fotocopia</i> la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - piano di cure inizialmente previsto, con il dettaglio delle prestazioni da eseguire, redatto dal medico odontoiatra; - certificazione medica con il dettaglio delle prestazioni eseguite durante l'annualità assicurativa corrente; - date di esecuzione delle singole prestazioni; - aggiornamento del trattamento rispetto al piano delle cure presentato nell'annualità assicurativa precedente; - referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive dall'evento e idonea documentazione a supporto (OPT, radiografie e fotografie) che attesti l'infortunio - Fatture, notule e ricevute emesse da Istituto di Cura o da Centro Medico. <p>Invia la documentazione a: RBM Assicurazione Salute S.p.A. Casella Postale n. 67 31021 Mogliano Veneto (TV)</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa accedendo alla tua area riservata dal sito www.rbmsalute.it "Gestisci la Tua Polizza online".</p>
Fase 4	<p>RBM Assicurazione Salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di rimborso, eccetto eventuali quote a carico dell'assistito.

COSA FARE PER POTER OTTENERE IL RIMBORSO PREVISTO ALLA GARANZIA B)	
Fase 1	Esegui la prestazione presso una delle Strutture prescrite saldando in toto le spese per le prestazioni eseguite.
Fase 3	<p>Compila in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allega in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fatture, notule e ricevute emesse da Istituto di Cura o da Centro Medico. <p>Invia la documentazione a:</p> <p>RBM Salute S.p.A. Casella Postale n. 67 31021 Mogliano Veneto (TV)</p> <p>In alternativa potrai trasmettere on-line le richieste di rimborso delle prestazioni sanitarie ricevute, unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa accedendo alla tua area riservata dal sito www.rbmsalute.it - "Gestisci la Tua Polizza online".</p>
Fase 4	<p>RBM Salute:</p> <ul style="list-style-type: none"> - effettua controlli di natura amministrativa e medico assicurativa; - provvede alla liquidazione della richiesta di rimborso, eccetto eventuali quote a carico dell'assistito

La presente guida sintetica riassume esclusivamente le principali fasi del processo di attivazione della copertura sanitaria. Per tutte le informazioni di dettaglio si rimanda all'art. 19 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA.

SEZIONE I

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Se il Contraente e/o l'Assistito forniscono informazioni non complete e/o false che possono influenzare la valutazione del rischio, possono perdere o vedersi limitato il diritto all'indennizzo, nonché determinare la cessazione degli effetti della Polizza sanitaria ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

AVVERTENZA: Se il Contraente e/o l'Assistito non forniscono le informazioni adeguate, la Polizza Sanitaria potrebbe non essere adeguata alle loro esigenze.

Art.2 Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e/o l'Assistito è esonerato dal comunicare alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio.

Pertanto, la garanzia prevista dal presente copertura sarà indipendente da ogni altra assicurazione e cumulabile con gli indennizzi previsti da qualsiasi altra assicurazione la cui esistenza non incide, perciò, sulle prestazioni dovute a norma della presente copertura.

In caso di acquisto del pacchetto di garanzie opzionali, il Contraente e/o l'Assistito deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio **di cui alla garanzia C.2) Cure dentarie da infortunio**; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assistito deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Lo stesso vale anche nel caso in cui il medesimo rischio sia coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse e Fondi integrativi sanitari.

È fatto salvo il diritto di regresso della Società e, quindi, la facoltà della Società di recuperare l'eventuale somma versata a titolo di pagamento del danno.

Per diritto di regresso si intende che la Società può chiedere la restituzione di quanto pagato a copertura del danno.

Art.3 Persone assicurate

La Polizza Sanitaria s'intende espressamente dedicata a tutti i possessori del codice alfanumerico di 15 caratteri (di cui i primi tre REY) riportato sul flyer "Una Salute da Campioni".

La sottoscrizione della copertura può essere fatta esclusivamente durante il periodo di permanenza dell'Humana Reyer nei Playoff 2017/2018.

Art.4 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data di sottoscrizione salvo buon fine (SBF) dell'incasso del premio o della prima rata di premio;

Se il Contraente non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell'art. 1901 del

Codice Civile. In questo caso il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie previste dalla Garanzia **C.2 Cure dentarie da infortunio** non è riconosciuto dalla Società fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Trascorso il termine di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del certificato, fermo il diritto ai premi scaduti nonché di richiederne l'esecuzione.

In caso di pagamento dei premi successivo al 16° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa previsti al paragrafo "Carenza" richiamato in ogni singola garanzia.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

Il premio viene determinato in base all'età dell'Assistito, per fasce di età quinquennale a partire da 0 anni fino al 20° anno di età.

È data facoltà di estendere la copertura ad altri Assistiti esclusivamente in sede di sottoscrizione della polizza e a condizione che sia acquistato il medesimo livello di protezione.

L'inclusione di altri Assistiti in un momento successivo alla decorrenza della polizza non è consentita.

In ragione della durata biennale della Polizza, si segnala che, conformemente a quanto previsto dell'art. 1899, comma 2, del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21, comma 3, della L. 23 luglio 2009, n. 99, la Società, al momento della determinazione del premio ha praticato una riduzione media del 0,5%.

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società mediante una delle seguenti modalità di pagamento:

a) carta di credito;

b) addebito automatico sul conto corrente del Contraente (modalità SDD).

I predetti metodi di pagamento garantiscono i più elevati standard di protezione per un acquisto sicuro.

La quota pari allo 0,5% del premio annuo versato dal Contraente alla Società sarà devoluto alla Fondazione IEO – CCM per la Ricerca Oncologica.

Art. 4.1 Fidelity bonus

La permanenza in copertura nell'ambito di almeno l'intera fascia di età quinquennale precedente, garantisce all' Assistito, al passaggio alla fascia di età quinquennale successiva, di usufruire del 10% di sconto sul premio del primo anno della nuova fascia di età, purché l'Assistito abbia effettuato attività sportiva costante (ogni anno) a partire dai 6 anni di età documentata attraverso la presentazione delle richieste di rimborso previste alla **garanzia B) Promozione all'attività sportiva.**

Art. 4.2 No-claim bonus

In caso di permanenza in copertura per una durata minima di 15 anni continuativi in assenza di sinistri di cui alla Garanzia A), al passaggio ad una copertura per Adulti "Stop Cancro" o "Zero Rischi" della stessa linea di prodotti l'Assistito sarà esonerato dal pagamento del primo anno di premio.

Art.5 Tacito rinnovo

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata mediante lettera raccomandata alla Società almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della polizza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

In ogni caso la polizza terminerà alla scadenza successiva, senza necessità di invio della disdetta:

- ove l'Assistito raggiunga i 21 anni di età;

- qualora l'Assistito presenti una denuncia di sinistro relativa alla garanzia A).

Art.6 Estensione Territoriale

La Polizza Sanitaria è valida per gli Assistiti residenti in Italia.

L'assicurazione vale per il Mondo intero con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto in Euro, salvo quanto previsto all'art. 19 Oneri in caso di sinistro relativamente alla garanzia A) .

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 (Banca Centrale Europea).

Art.7 Forma delle Comunicazioni

Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza (ad esempio mail/fax, ecc.).

Il Contraente può sempre richiedere, senza oneri aggiuntivi, di ricevere documenti e comunicazioni su carta.

Art.8 Obblighi di consegna documentale

Prima di stipulare la Polizza Sanitaria, è previsto l'obbligo di consegnare all'Assistito i seguenti documenti:

- a) Nota informativa, comprensiva di glossario;
- b) Condizioni di assicurazione;
- c) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali).

Art.9 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, la Società, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione, renderà al Contraente e/o all'Assistito un'informativa di dettaglio.

Art.10 Assicurazione per conto altrui

Gli obblighi della Polizza Sanitaria devono essere sostenuti dal Contraente anche quando questo stipuli la Polizza Sanitaria per conto di altri, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assistito, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art.11 Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al contributo ed agli accessori della Polizza Sanitaria e degli atti da essa dipendenti sono a carico del Contraente.

Art.12 Foro Competente

Per ogni controversia tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito.

Art.13 Controversie: mediazione

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse, comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione, le Parti devono esperire obbligatoriamente un tentativo di mediazione, che deve cioè essere attivato prima dell'instaurazione dell'eventuale causa civile come condizione di procedibilità della stessa.

Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Contraente dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero

della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

Il Contraente dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it

Avvertenza: qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Art.14 Rinvio alle Norme di Legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le Norme di Legge vigenti in Italia.

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art.15 Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura le spese e/o gli indennizzi previsti dalle garanzie di seguito descritte, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nelle schede riassuntive.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), di altra polizza, stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assistito e le stesse garanzie, i termini di aspettativa indicati nelle singole garanzie operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i livelli di indennizzo da quest'ultima previsti;

- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

GARANZIE PREVISTE

A) INDENNITA' PER CANCRO

La Società provvede al pagamento di un indennizzo una tantum riconosciuto in caso di prima diagnosi documentata durante l'operatività della presente Polizza Sanitaria, di una delle seguenti patologie:

- o diagnosi di tumore maligno caratterizzato da una crescita incontrollata e da una diffusione di cellule maligne con invasione dei tessuti sani;

Sono compresi:

- o leucemia;
- o linfomi maligni, compresi i linfomi cutanei;
- o malattia di Hodgkin;
- o neoplasie maligne del midollo osseo ed i sarcomi.

La diagnosi di tumore maligno deve essere confermata da referto istopatologico e supportata da idonea documentazione oggettiva (cartelle cliniche, accertamenti radiologici ecc).

Avvertenza: L'indennizzo sarà riconosciuto superato il periodo minimo di sopravvivenza dell'Assistito di 30 giorni dalla data di prima diagnosi.

CONDIZIONI DI INDENNIZZO

Carenza

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Indennizzo

La Società provvede al pagamento dell'indennizzo una tantum previsto dalla presente garanzia in base a quanto previsto dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva").

B) PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ SPORTIVA

La Società provvede al rimborso **1 volta all'anno** delle seguenti spese:

- visita sportiva agonistica e non agonistica (comprensiva di ECG da sforzo);
- Quota associativa sostenuta annualmente per lo svolgimento di un'attività sportiva non agonistica.

L'accesso a tale garanzia in modo costante consente di usufruire del **fidelity bonus** previsto dalla polizza come normato all'art. 3. *Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio.*

CONDIZIONI DI INDENNIZZO

Carenza

Non è prevista carenza.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro il massimale per anno e per persona pari ad € 25 come previsto nella Scheda riassuntiva.

Franchigia/Scoperto

Non è prevista alcuna applicazione di scoperto o franchigia.

PACCHETTO OPZIONALE DI GARANZIE A SEGUITO DI INFORTUNIO
--

C) PACCHETTO DI GARANZIE A SEGUITO DI INFORTUNIO (GARANZIE C.1+C.2)

Le seguenti garanzie operano solo in caso di infortunio, indennizzabile a termini di polizza e documentato da referto del Pronto Soccorso.

Il pacchetto opzionale di garanzie è acquistabile **in aggiunta alla garanzia A)** ed è attivo se espressamente richiamato nella "Scheda riassuntiva".

C.1) INDENNITÀ PER FRATTURE, USTIONI, LUSSAZIONI, LESIONI INTERNE

La Società provvede al pagamento di un indennizzo per evento e per anno, riconosciuto in caso di infortunio documentato da referto del pronto soccorso che abbia causato fratture, ustioni, lussazioni o lesioni interne all'Assistito durante l'operatività della presente Polizza sanitaria, che richiedano una prognosi per la guarigione pari o superiore a 30 giorni.

CONDIZIONI DI INDENNIZZO

Carenza

Non è prevista carenza.

Indennizzo

La Società provvede al pagamento dell'indennizzo per evento e per anno previsto dalla presente garanzia pari ad € 2.000 come previsto nella "Scheda riassuntiva".

C.2) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Sono riconosciute le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche a seguito di infortunio occorso durante l'operatività della presente Polizza sanitaria e documentato da referto del Pronto Soccorso.

CONDIZIONI DI INDENNIZZO

Carenza

Non è prevista carenza.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro il massimale per anno e per persona pari ad € 2.000 come previsto nella Scheda riassuntiva.

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 60 per evento.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 60 per evento.

Art.16 Presenza di più coperture assicurative

Relativamente alla garanzia C.2) Cure dentarie da infortunio del Pacchetto opzionale di garanzie, qualora l'Assistito risulti già in copertura per le spese sanitarie anche presso un altro Assicuratore, Ente, Cassa o Fondo sanitario, la presente assicurazione opererà sempre a secondo rischio, cioè in eccedenza dei limiti previsti da altre Assicurazioni o contratti stipulati dall'Assistito con Enti, Casse e Fondi integrativi sanitari per malattia o infortunio.

Il rimborso avverrà per la parte di spesa rimasta eventualmente scoperta dopo la conclusione della pratica del rimborso prioritariamente richiesto all'altro Assicuratore, Ente, Cassa o Fondo fino alla concorrenza del massimale previsto dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva") applicando le condizioni di polizza previste (franchigie, scoperti e massimali).

A tale scopo l'Assistito dovrà presentare la documentazione di spesa unitamente al foglio di liquidazione dell'altro Assicuratore, Ente, Cassa o Fondo.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art.17 Limitazioni

Relativamente alla garanzia **A) Indennità per Cancro:**

- qualora all'assicurato dovesse essere diagnosticato un cancro legato (diagnosticato provato) ad una **storia familiare positiva** per almeno due componenti della famiglia in linea diretta con la medesima diagnosi di cancro (istologicamente provata) occorso prima dei 55 anni, verrà corrisposto **¼ dell'indennizzo indicato nella scheda riassuntiva.**
- Qualora all'assicurato dovesse essere diagnosticato un cancro e si tratti di **ricidiva del medesimo cancro** (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente) nei successivi 5 anni dalla data di conclusione dell'ultimo trattamento radicale, verrà corrisposto **¼ dell'indennizzo indicato nella scheda riassuntiva.**
- Qualora all'assicurato dovesse essere diagnosticato un cancro e si tratti di **ricidiva del medesimo cancro diagnosticato in fase pre-natale** (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con gli esami precedenti) nei successivi 5 anni dalla data di conclusione dell'ultimo trattamento radicale, verrà corrisposto **¼ dell'indennizzo indicato nella scheda riassuntiva.**
- Qualora all'assicurato dovesse essere diagnosticato un cancro e **prima dell'emissione** della polizza l'assicurato già soffriva e/o gli era stata diagnosticata una o più tra le **condizioni incluse nella lista riportata nell'allegato 1**, verrà corrisposto **¼ dell'indennizzo indicato nella scheda riassuntiva.**

- Qualora all'assicurato dovesse essere diagnosticato un cancro e si tratti di un **nuovo cancro** (farà fede il nuovo esame istologico ed il confronto con il precedente), verrà corrisposto **l'intero indennizzo indicato nella scheda riassuntiva**.

Art.18 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 2) attività dolosa del Titolare o dei Beneficiari
- 3) partecipazione dell'Assistito a delitti dolosi
- 4) le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- 6) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 7) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Relativamente alla **garanzia A) Indennità per Cancro** sono esclusi dall'assicurazione inoltre:

- 1) "Carcinoma in situ", o tumore "in situ", displasia e tutte le forme premaligne
- 2) Tumore della prostata, salvo che non sia progredita almeno alla categoria T2N0M0 della classificazione TNM
- 3) Qualsiasi tumore cutaneo primario diverso dal melanoma maligno che si sia diffuso oltre l'epidermide (lo strato superficiale della pelle)
- 4) Carcinoma papillare della ghiandola tiroide confinato all'organo
- 5) neoplasie maligne diagnosticate prima della stipula del contratto, salvo quanto previsto al secondo e terzo punto dell'art. 16. Limitazioni.

Relativamente al **Pacchetto opzionale di garanzie a seguito di infortunio (garanzie C.1+C.2)** sono esclusi dall'assicurazione inoltre:

- 1) gli infortuni avvenuti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) gli infortuni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
- 4) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- 5) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- 6) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza;
- 7) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico;

- 8) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 9) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- 10) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- 11) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
- 12) infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assistito attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
- 13) partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assistito svolga tale attività a livello professionistico o a carattere internazionale o, comunque, in modo tale da essere prevalente per impegno temporale a qualsiasi altra occupazione.

Art.19 Persone non assicurabili

Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 20 anni. Al raggiungimento del 21° anno di età la polizza cessa alla prima scadenza annuale. Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità della Polizza Sanitaria, la copertura cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di accedere alla Polizza Sanitaria anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico.

Come previsto dalla normativa vigente in materia, nel caso in cui la Società riceva una proposta assicurativa inadeguata, lo comunica al potenziale Assistito.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art.20 Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbia 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.

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali spese di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

La Società può riservarsi di non procedere al pagamento dell'indennizzo **di cui alla garanzia A)** nel caso in cui la documentazione a supporto della richiesta di prestazione sia stata prodotta in un Paese non compreso tra quelli di seguito elencati: Andorra, Australia, Austria, Belgio, Canada, Isole del Canale, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Gibilterra, Gran Bretagna, Grecia, Isola di Man, Italia, Liechtenstein, Lussemburgo, Malta, Monaco, Paesi Bassi, Nuova Zelanda, Irlanda, Norvegia, Portogallo, San Marino, Spagna, Stati Uniti, Svezia, Svizzera.

L'Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assistito stesso.

In caso di cure dentarie a seguito di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito 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'Assistito è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Si precisa che qualora l'Assistito intenda utilizzare di un odontoiatra convenzionato (se previste le cure dentarie) ha sempre l'obbligo di accedervi in struttura convenzionata RBM Salute (pagamento diretto) contattando preventivamente la Centrale Operativa.

Si precisa che il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'assicurato,
- Copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire);
- In assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- Eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire
- Fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- Dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA)

a) Pagamento indiretto – Indennizzo all'Assistito (garanzie A e C.1)

La Società indennizza:

- in caso di prima diagnosi documentata durante l'operatività della presente Polizza Sanitaria di una delle patologie indicate all'art. 14 garanzia A);
- in caso di infortunio occorso durante l'operatività della presente Polizza Sanitaria di cui alla garanzia C.1)

dietro presentazione in fotocopia di idonea documentazione oggettiva (cartelle cliniche, accertamenti radiologici, referti istologici, ecc e referto del pronto soccorso in caso di infortunio di cui alla garanzia C.1),

Non è richiesta la presentazione di fatture, notule e ricevute.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e l'indennizzo avviene in favore dell'Assistito.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica dell'attendibilità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione medica.

b) Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito (garanzia B e C.2)

- 1) La Società rimborsa a cura ultimata dietro presentazione in fotocopia delle fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente (non sono ammesse fatture di odontotecnici e di odontoprotesisti relativamente alla garanzia C.2)

Inoltre in merito alla garanzia C.2 occorre:

- 2) piano di cure inizialmente previsto, con il dettaglio delle prestazioni da eseguire, redatto dal medico odontoiatra;
- 3) certificazione medica con il dettaglio delle prestazioni eseguite durante l'annualità assicurativa corrente;
- 4) date di esecuzione delle singole prestazioni
- 5) aggiornamento del trattamento rispetto al piano delle cure presentato nell'annualità assicurativa precedente;
- 6) referto del Pronto Soccorso; le cure dovranno essere adeguate alle lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente provato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Si precisa che le fatture di acconto sono rimborsabili esclusivamente insieme a quelle di saldo, a cura ultimata nell'annualità di polizza.

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica dell'attendibilità della documentazione prodotta in copia, la Società avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

c) Pagamento diretto in Strutture Convenzionate RBM Salute (garanzia C.2)

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni odontoiatriche a condizione che l'Assistito si avvalga di un odontoiatra convenzionato e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. L'Assistito dovrà quindi attivarsi con adeguato anticipo per consentire alla Centrale Operativa di dare la risposta entro i suddetti termini.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa con un preavviso inferiore a quelli sopra elencati, la Centrale Operativa garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta (purché pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento) senza garantire i termini di preavviso sopra indicati.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

La Società effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni della convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assistito gli eventuali importi eccedenti i limiti previsti come indicato nella Scheda Riassuntiva nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

d) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di prestazioni odontoiatriche in strutture convenzionate RBM Salute (pagamento diretto) qualora, sia nel corso del ciclo di cure o successivamente alle stesse, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate al professionista se già saldate dalla Società all'odontoiatra convenzionato, oppure dovrà saldarle direttamente.



LIVELLI DI SERVIZIO E PENALI

Art.21 Livelli di servizio minimi garantiti e penali a favore dell'assistito

RBM Assicurazione Salute ritiene che la tempestività nell'erogazione delle prestazioni spettanti all'Assistito sia una delle componenti essenziali per garantire un'assicurazione sanitaria di qualità. Per questo motivo RBM Assicurazione Salute, al fine di garantire un collegamento diretto tra qualità e l'efficacia della propria polizza sanitaria ed il trattamento economico garantito ai propri Assistiti, ha previsto le seguenti penali in favore dell'Assistito qualora la Compagnia non sia riuscita a garantire i migliori livelli di servizio.

A) PRESTAZIONI CON PAGAMENTO DIRETTO (NETWORK)

Tempo Massimo di accesso presso il Dentista Convenzionato: 20 giorni lavorativi dalla data di richiesta dell'Assistito di prenotazione a Previmedical (data richiesta presa in carico).

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assistito pari allo 0,05% dell'ammontare del pagamento diretto che sarà effettuato al Dentista Convenzionato per le prestazioni extraospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al Tempo Massimo. Tale importo sarà liquidato dalla Società direttamente su conto corrente bancario intestato all'Assistito.

Nota Bene: La predetta penale non troverà applicazione qualora l'Assistito non confermi la propria disponibilità alla prima data di prenotazione proposta da Previmedical. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assistito penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

ESEMPIO:

Caso 1:

Prima data di prenotazione: dopo 5 giorni lavorativi dalla data di richiesta presa in carico;

Ammontare del pagamento diretto al Dentista Convenzionato: € 2.000,00;

Penale in favore dell'Assistito: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto la prima prenotazione è avvenuta entro il Tempo Massimo previsto (20 giorni lavorativi).

Caso 2:

Prima data di prenotazione: dopo 21 giorni lavorativi dalla data di richiesta presa in carico;

Ammontare del pagamento diretto al Dentista Convenzionato: € 2.000,00;

Penale in favore dell'Assistito: nonostante la data di prima prenotazione risulti con 1 giorno lavorativo di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 1,00 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.

Caso 3:

Prima data di prenotazione: dopo 30 giorni lavorativi dalla data di richiesta presa in carico;

Ammontare del pagamento diretto al Dentista Convenzionato: € 2.000,00;

Penale in favore dell'Assistito: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 10,00, in quanto la data di prima prenotazione risulta con 10 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.

B) PRESTAZIONI A RIMBORSO/INDENNIZZO

Tempo Massimo di Rimborso/Indennizzo: 20 giorni lavorativi dalla data di arrivo della richiesta dell'Assistito (data protocollo). Il predetto termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

Penale: è prevista una penale in favore dell'Assistito pari allo 0,025% del rimborso spettante all'Assistito per ogni giorno di ritardo successivo al Tempo Massimo. Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assistito.

Nota Bene: Il rimborso si intende concluso nel giorno della data liquidazione da parte della Compagnia (data chiusura pratica) I tempi bancari per l'accredito dell'importo rimborsato non rientrano nel livello di servizio garantito dalla Compagnia. In ogni caso non saranno riconosciute all'Assistito penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

ESEMPIO:

Caso 1:

Data chiusura pratica: dopo 5 giorni lavorativi dalla data protocollo;

Ammontare del rimborso/indennizzo: € 25.000,00;

Penale in favore dell'Assistito: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto la chiusura della pratica è avvenuta entro il Tempo Massimo previsto (20 giorni lavorativi).

Caso 2:

Data chiusura pratica: dopo 21 giorni lavorativi dalla data protocollo;

Ammontare del rimborso/indennizzo: € 25.000,00;

Penale in favore dell'Assistito: nonostante la data di chiusura pratica risulti con 1 giorno lavorativo di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 6,25 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.

Caso 3:

Data chiusura pratica: dopo 30 giorni lavorativi dalla data protocollo;

Ammontare del rimborso/indennizzo: € 25.000,00;

Penale in favore dell'Assistito: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 62,50, in quanto la data chiusura pratica risulta con 10 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.

Preganziol, 03 maggio 2018



Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

Agli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei sottoindicati articoli:

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 Altre assicurazioni/coperture
- Art. 4 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio
- Art. 5 Tacito Rinnovo
- Art. 7 Forma delle comunicazioni
- Art. 17 Limitazioni
- Art. 18 Esclusioni
- Art. 19 Persone non assicurabili
- Art. 20 Oneri in caso di Sinistro

SEZIONE II

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

Inoltre gli Assistiti con la presente polizza potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore ai seguenti numeri:

- **800. 991. 771** da telefono fisso e cellulare (numero verde);
- **0039 0422.1744.207** per chiamate dall'estero.

1. SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione ovviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli Assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assistito per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

3. SECOND OPINION

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

4. TUTORING

L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

Il servizio non comporta costi per l'Assistito da telefono fisso.

5. SERVIZIO CARD ELETTRONICA

Qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata con RBM Salute senza accedere con pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dal livello di Protezione prescelto (vedi "Scheda riassuntiva") oppure non rimborsabili ai sensi di polizza per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli Assistiti, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card RBM Salute.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli Assistiti titolari della card RBM Salute sono meno vantaggiose del tariffario applicato con pagamento diretto.

**Allegato n. 1 Elenco patologie pregresse che comportano
la riduzione dell'indennizzo assicurato**

Qualora all'assicurato dovesse essere diagnosticato un cancro e **prima dell'emissione** della polizza l'assicurato già soffriva e/o gli era stata diagnosticata una o più tra le **condizioni incluse nella lista di seguito riportata** verrà corrisposto $\frac{1}{4}$ **dell'indennizzo indicato nella scheda riassuntiva:**

- asbestosi
- cirrosi epatica
- colite ulcerosa
- epatite B
- epatite C
- morbo di Chron
- obesità (BMI > 31)
- poliposi del colon
- rene policistico

ALLEGATO 2

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

RBM Assicurazione Salute S.p.A. in conformità all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in qualità di titolare del trattamento dei dati, La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui diritti che Lei potrà esercitare (ai sensi del Capo III del GDPR).

1 Finalità del trattamento

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, anche sensibili ⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge⁽²⁾, – non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi; pertanto il consenso prestato a tale fine risulta obbligatorio.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali

In caso di Suo esplicito consenso, i Suoi dati potranno essere utilizzati al fine di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sulla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

2 Modalità di trattamento e conservazione

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti⁽³⁾, sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, in maniera da garantire un adeguato livello di sicurezza, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo.

I Suoi dati sono trattati in Italia; eventualmente, ove necessario, potranno essere comunicati, per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della Unione Europea, a soggetti che fanno parte della c.d. catena assicurativa⁽⁴⁾.

I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.

I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento.

Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 1 a), i dati personali verranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e comunque nel rispetto della vigente normativa.

Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 1 b), i dati personali verranno conservati nel rispetto della vigente normativa o fintantoché l'Interessato non avrà esercitato il proprio diritto di opposizione o revocato il proprio consenso.

Registrazione delle telefonate

La informiamo che le telefonate al Call center potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato e potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato.

Cookies

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito web della Società. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura

del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

3 Comunicazione dei dati personali

I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti con funzioni di natura tecnica organizzativa e operativa che fanno parte della c.d. catena assicurativa⁽⁴⁾, eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, anche in Paesi dell'Unione Europea, o anche fuori della Unione Europea. Tali soggetti tratteranno i Suoi dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in qualità di autonomi Titolari.

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

4 Diritti dell'interessato

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A..

Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

- a. accesso ai dati personali;
- b. rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
- c. revoca del consenso;
- d. cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
- e. limitazione del trattamento;
- f. opposizione al trattamento per motivi legittimi;
- g. portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo);
- h. proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'Ufficio Privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

5 Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede in via Forlanini n. 24 - 31022 Loc. Borgo Verde di Preganziol (TV), è il titolare del trattamento al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR scrivendo a privacy@rbmsalute.it / rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo privacy@rbmsalute.it.

Note

- 1) Per dati “sensibili” si intendono i dati personali idonei a rivelare l’origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l’adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all’orientamento sessuale della persona, che il GDPR indica all’Art. 9 come “categorie particolari di dati personali”.
- 2) Ad esempio per disposizioni di IVASS, Garante Privacy, adempimenti in materia di accertamenti fiscali.
- 3) Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.
- 4) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta “catena assicurativa”: agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell’industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell’Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell’Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l’Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D’Italia, Casellario Centrale Infortuni).

ALLEGATO 3

INFORMATIVA RELATIVA ALLE AREE WEB RISERVATE ATTIVATE AI SENSI DEL PROVVEDIMENTO IVASS N. 7 DEL 16 LUGLIO 2013

Ai sensi del **Provvedimento IVASS n. 7 del 16 luglio 2013**, recante disposizioni in materia di gestione dei rapporti assicurativi via web, RBM Assicurazione Salute S.p.A. attiva, nel rispetto della tempistica prevista dal suddetto Provvedimento, **Aree Riservate** in cui il Contraente/l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per entrare nell'Area Riservata POLIZZE dal sito www.rbmsalute.it.

Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it.

GATE 179 è attivo a decorrere dai termini previsti dalla normativa vigente in materia.”



**Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa**

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025
direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:
Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702
Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 100.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

