

Contratto di Assicurazione per il rimborso  
delle spese mediche da malattia e da infortunio  
redatto secondo le Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro  
"Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018)



Contratto di Assicurazione  
per il rimborso delle spese sanitarie

*Patto Chiaro Salute - Polizza verificata da Adiconsum*

**MODELLO FI0043**  
**Edizione 29/07/2019**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione

## SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 44:

---

- SEZIONE I

- 
- Glossario *da pag 1*

- 
- Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 1*

- 
- Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 7*

---

- SEZIONE II

- 
- Capitolo 1- Scheda riassuntiva Indennizzi e franchigie- *da pag. 11*

- 
- Capitolo 2 - Descrizione delle Prestazioni Assicurate - *da pag. 22*

- 
- Capitolo 3 – Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione - *da pag. 31*

- 
- Capitolo 4 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 33*

- 
- Capitolo 5 - Livelli di servizio e penali – *da pag 38*

---

- SEZIONE III

- 
- Capitolo 1 – ComfortSalute – *da pag. 43*

---

- ALLEGATI

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

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assistito, contenute del presente contratto, sono riportate in carattere "sottolineato e grassetto".

## GLOSSARIO

**Assicurato:** colui il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

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

**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.

**CDA:** condizioni di assicurazione.

**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.

**Centro Medico:** struttura dotata di direzione sanitaria, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi).  
Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica.

**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).

**Chirurgia Bariatrica:** detta anche "chirurgia dell'obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

**Contraente:** colui che stipula la polizza e che è responsabile del versamento del premio.

**Day Hospital/Day Surgery:** La degenza, senza pernottamento, in Istituto di cura/struttura sanitaria autorizzata avente posti letto per degenza diurna, che eroga terapie mediche (day hospital) o prestazioni chirurgiche (day surgery) eseguite dai medici chirurghi specialisti con redazione di cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

**Difetto fisico:** alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita.

**Evento/Data Evento:**

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata, relativa allo specifico evento.
- **Prestazioni Fisioterapiche** – la prestazione. La data evento è quella in cui è eseguita la singola prestazione relativa allo specifico evento.
- **Prestazioni Odontoiatriche** – la prestazione. La data evento è quella in cui è eseguita la prestazione relativa allo specifico evento.

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

**Indennità sostitutiva:** indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

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

**Infortunio:** evento dovuto a causa fortuita, improvvisa, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche obiettivamente constatabili e documentabili.

**Intervento ambulatoriale:** Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

**Intervento Chirurgico:** atto medico, avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, effettuato attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. **Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.**

**Intervento Chirurgico concomitante:** qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

**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.

**Limite:** la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun evento, la Società presta le garanzie.

**Lungodegenza:** ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

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

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

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

**Network:** rete convenzionata costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni con pagamento diretto e a tariffa agevolata mediante l'utilizzo della Card RBM Assicurazione Salute. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it)

**Non autosufficienza:** l'incapacità totale, permanente e irreversibile di svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana correlate alla mobilità, all'alimentazione e all'igiene personale.

**Patologia in atto/patologia preesistente:** malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessario cure mediche o esami clinici (strumentali o di laboratorio) prima dell'effetto dell'adesione.

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

**Premio:** la somma dovuta dal Contraente alla Società.

**Protesi acustica** (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

**Protesi ortopediche:** sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

**Reclamo:** una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Società o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

**Regime di assistenza diretta:** l'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, al netto di eventuali somme che rimangano a suo carico, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

**Regime rimborsuale:** il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

**Ricovero:** degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

**Ricovero Improprio:** la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

**Scoperto:** la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

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

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

**Società:** RBM Assicurazione Salute S.p.A.

**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.

**Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi:** prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, **effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da fisioterapista (Laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002) o da Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995, salvi ulteriori requisiti di legge.**

**Non rientrano nella definizione, e pertanto sono in ogni caso escluse dalla copertura assicurativa, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.**

**Visita Specialistica:** la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. **Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).**

## CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

### Art. 1. Informazioni generali sull'impresa di assicurazione

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. (di seguito per brevità anche RBM Assicurazione Salute S.p.A.); Sede legale e direzione generale: via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde - Preganziol, Treviso (Italia)/sede secondaria: via Victor Hugo 4, 20123 Milano (Italia);

Recapiti telefonici: +39 0422 062700 (sede legale e direzione generale) / +39 02 91431789 (sede secondaria); sito internet: [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it); indirizzo di posta elettronica: [info@rbmsalute.it](mailto:info@rbmsalute.it); indirizzo di posta elettronica certificata: [rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it](mailto:rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it);

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. è 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).

### Art. 2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa<sup>1</sup>

#### Dati patrimoniali al 31 dicembre 2018

Patrimonio netto:	€ 230.873.414,00
di cui	
- capitale sociale:	€ 120.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 73.765.532,00
Indice di solvibilità <sup>2</sup> :	175% (189% al netto dell'add on di capitale)

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 Assicurazione Salute S.p.A. evidenzia che i suoi creditori sono più che coperti dall'eccellente stato di solvibilità della Società.

### Art. 3. Periodi di carenza contrattuali

La polizza prevede periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attiva la copertura assicurativa e pertanto non possono essere autorizzate le spese sostenute (vedi art. 23 "Descrizione delle prestazioni assicurate" delle Condizioni di Assicurazione, di seguito anche CDA).

Per periodo di carenza si intende il periodo di tempo in cui, pur essendo stata attivata la copertura assicurativa, non è riconosciuto alcun indennizzo.

Le condizioni di assicurazione riportano i periodi di carenza, differenziati per tipologia di evento; pertanto, a seconda delle prestazioni eseguite, il periodo di carenza potrà avere diversa durata.

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 Assicurato e le stesse garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e gli indennizzi 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.

In caso di mancato pagamento di una rata di premio, saranno applicati nuovamente i termini di carenza previsti in polizza nel paragrafo "Carenza" delle varie garanzie.

<sup>1</sup> 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](http://www.rbmsalute.it) (sezione Informazioni Societarie).

<sup>2</sup> 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.

#### **Art. 4. 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.

#### **Art. 5. Diritto di recesso - ripensamento**

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

**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 Assicurazione 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.

#### **Art. 6. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**

Ai sensi dell'articolo 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 si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

#### **Art. 7. Reclami**

Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Assicurazione Salute S.p.A. con una delle seguenti modalità:

- tramite compilazione di apposita form-mail, reperibile sul sito della Compagnia [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it), nella sezione dedicata ai reclami, compilabile direttamente on-line;
- tramite posta, ordinaria o raccomandata, indirizzata a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde;
- via fax al numero 0422/062909;
- via mail all'indirizzo di posta elettronica [reclami@rbmsalute.it](mailto:reclami@rbmsalute.it).

Ove non sia utilizzata la form-mail, per individuare correttamente la posizione e dar seguito ad una pronta trattazione della pratica al fine di fornire una risposta chiara e completa, è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato;
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega alla presentazione del reclamo sottoscritta dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità;
- numero di pratica;
- sintetica ed esaustiva esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela.

#### **Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.**

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

Qualora il reclamante 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, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it). Info su: [www.ivass.it](http://www.ivass.it)
- 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.

## CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

### Art. 8. Oggetto dell'Assicurazione

La Società garantisce un indennizzo per le prestazioni effettuate dall'Assicurato **durante l'operatività del presente contratto** e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio.

**Tali spese sono indennizzate fino a concorrenza dei limiti indicati nei singoli livelli di protezione** (vedi Sezione II Capitolo 1 - "Scheda riassuntiva" e Capitolo 2 "Descrizione delle prestazioni assicurate").

### Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Se il Contraente e/o l'Assicurato 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 dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

**Avvertenza:** Se il Contraente e/o l'Assicurato non forniscono le informazioni adeguate, il contratto potrebbe non essere adeguato alle loro esigenze.

**L'Assicurato 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.

**Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.**

### Art. 10. Altre assicurazioni/coperture

**Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato 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. 11. 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; **si precisa che il pagamento delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).**

Se il Contraente non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° 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 in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute delle prestazioni sanitarie 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 15° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa previsti **nel paragrafo "Carenza" delle varie garanzie.**

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

Il premio viene determinato in base a una o più delle seguenti variabili:

- estensione della copertura al nucleo familiare;
- stato del familiare da assicurare (coniuge/convivente *more uxorio* o figli);
- età dell'assicurato;
- residenza dell'assicurato;
- durata del contratto di assicurazione.

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.

In ipotesi di modifica in corso di contratto del conto corrente bancario o degli estremi della carta di credito indicati ai fini del pagamento del premio, il Contraente ne deve dare tempestiva comunicazione alla Società, e comunque prima del termine previsto per l'addebito della successiva rata di premio. La modalità e la frequenza di pagamento del premio possono essere modificate in corso di contratto, comunicandolo alla Società 60 giorni prima dell'inizio della successiva annualità assicurativa e con effetto a partire da quest'ultima.

È data facoltà di estendere la copertura ad altri Assicurati esclusivamente in sede di sottoscrizione della Polizza e a condizione che sia acquistato lo stesso livello di Protezione del titolare

**L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza non è consentita, ad eccezione dei neonati, per i quali il Contraente può chiedere online l'inserimento in copertura entro il termine massimo di 30 (trenta) giorni dalla nascita.**

Il premio dovuto è ricalcolato, per effetto dell'ingresso in copertura del neonato, secondo le condizioni di emissione; la quota di premio aggiuntiva viene addebitata, per il residuo di annualità in corso, in un'unica soluzione, anche nel caso in cui fosse stata prescelta la rateazione del premio. In caso di rinnovo tacito, a decorrere dalla successiva annualità assicurativa il premio ricalcolato in ragione dell'ingresso in copertura del neonato verrà addebitato secondo la periodicità di rateazione già prescelta dal Contraente oppure in base a diversa periodicità indicata dal Contraente con riferimento alla nuova annualità.

Relativamente ai contratti di durata poliennale (tre o cinque anni), 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 le seguenti riduzioni medie rispetto al premio applicato in caso di durata annuale del contratto:

- riduzione media del 1,61% in caso di durata di 3 anni;
- riduzione media del 3,28% in caso di durata di 5 anni.

In caso di decesso dell'Assicurato si applicano le seguenti previsioni:

- in caso di decesso del Contraente che è anche unico Assicurato, il contratto si estingue ed il premio già versato alla Società rimane acquisito dalla stessa;
- in caso di decesso di un Assicurato che non sia Contraente:
  - se l'Assicurato è uno solo, il contratto si estingue ed il premio già versato alla Società rimane acquisito dalla stessa; nel caso in cui dovessero essere ancora versate delle ulteriori rate di premio per l'annualità assicurativa in corso, il Contraente rimane obbligato al pagamento delle stesse nei confronti della Società;

- se vi sono più Assicurati, la copertura assicurativa prosegue per gli Assicurati superstiti. Per l'annualità in corso, il premio già versato rimane acquisito dalla Società; nel caso dovessero essere versate delle ulteriori rate di premio, il Contraente rimane obbligato al pagamento delle stesse nei confronti della Società, come da premio determinato in fase di emissione (comprensivo pertanto dell'Assicurato defunto), fino al termine dell'annualità assicurativa. In caso di tacito rinnovo della polizza, il premio dovuto dal Contraente per l'annualità successiva viene rideterminato alle condizioni di emissione ma in base al nuovo numero di Assicurati;
- in caso di decesso del Contraente che non sia Assicurato o che non sia l'unico Assicurato:
  - qualora il Contraente avesse già pagato l'intero premio annuo, la copertura assicurativa rimane attiva per gli Assicurati superstiti sino alla termine dell'annualità assicurativa in corso, al termine della quale il contratto si estingue, senza possibilità di rinnovo.

### **Art. 12. 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, tranne che nel caso di contratti di durata poliennale (tre o cinque anni) per i quali l'assicurazione è prorogata per due anni e così successivamente.

In ogni caso, ove uno degli Assicurati raggiunga gli 80 anni di età la polizza terminerà alla scadenza successiva, senza necessità di invio della disdetta.

### **Art. 13. Estensione territoriale**

L'assicurazione vale per il Mondo intero, con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto in Euro.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE (Banca Centrale Europea).

### **Art. 14. Forma e modalità delle comunicazioni**

Tutte le comunicazioni inerenti il presente contratto dovranno avvenire in lingua italiana.

Il Contraente e la Società accettano di utilizzare tecniche di comunicazione a distanza per adempiere ai reciproci obblighi relativi alla comunicazione e consegna della documentazione precontrattuale e contrattuale nonché alla trasmissione di ogni altra comunicazione relativa al contratto.

Il Contraente può sempre richiedere, senza oneri aggiuntivi, di ricevere documenti e comunicazioni in formato cartaceo.

### **Art. 15. Obblighi di consegna documentale**

**Prima di stipulare l'assicurazione, è previsto l'obbligo di consegnare al Contraente i seguenti documenti:**

- a) Dip;
- b) Dip aggiuntivo;
- c) Condizioni di assicurazione;
- d) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali).

### **Art. 16. 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'Assicurato un'informativa di dettaglio.

#### **Art. 17. Regime fiscale**

Il premio sono sottoposti a tassa del 2,50%.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

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

#### **Art. 18. Assicurazione per conto altrui**

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

#### **Art. 19. Foro Competente**

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

#### **Art. 20. 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 Assicurazione 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](mailto: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. 21. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge**

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

**Sezione II**

**CAPITOLO 1 - SCHEDA RIASSUNTIVA**

**Art. 22. Scheda Riassuntiva**

**Indennizzi e franchigie che verranno concordate per le singole Protezioni**

**N.B.: Se non diversamente indicato, gli indennizzi e le franchigie si intendono per evento.**

**PROTEZIONE BASE**

GARANZIE	INDENNIZZI E FRANCHIGIE PER EVENTO
<b>PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)</b>	
<b>A) Chirurgia</b>	
Massimale	€ 100.000,00
Condizioni:	
Interventi chirurgici cardiocirurgia e chirurgia vascolare	€ 285,90
Interventi chirurgici cardiologia interventistica	€ 178,26
Interventi chirurgici chirurgia della mammella	€ 250,02
Interventi chirurgici chirurgia della mano	€ 215,30
Interventi chirurgici chirurgia generale - collo	€ 178,26
Interventi chirurgici chirurgia generale - esofago	€ 272,01
Interventi chirurgici chirurgia generale - fegato e vie biliari	€ 357,67
Interventi chirurgici chirurgia generale - intestino digiuno - ileo - colon - retto - ano	€ 238,45
Interventi chirurgici chirurgia generale - pancreas - milza	€ 309,05
Interventi chirurgici chirurgia generale - parete addominale	€ 194,46
Interventi chirurgici chirurgia generale - peritoneo	€ 175,94
Interventi chirurgici chirurgia generale - piccoli interventi - varie	€ 34,73
Interventi chirurgici chirurgia generale - stomaco - duodeno	€ 325,26
Interventi chirurgici chirurgia oro-maxillo-facciale	€ 203,72
Interventi chirurgici chirurgia plastica ricostruttiva	€ 166,68
Interventi chirurgici chirurgia toraco-polmonare	€ 222,24
Interventi chirurgici chirurgia vascolare	€ 277,80
Interventi chirurgici dermatologia - crioterapia - laserterapia	€ 20,84
Interventi chirurgici gastroenterologia ed endoscopia digestiva	€ 77,55
Interventi chirurgici ginecologia	€ 196,78
Interventi chirurgici neurochirurgia	€ 417,86
Interventi chirurgici oculistica - bulbo oculare	€ 231,50
Interventi chirurgici oculistica - congiuntiva	€ 39,36
Interventi chirurgici oculistica - cristallino	€ 216,45
Interventi chirurgici oculistica - cornea	€ 164,37
Interventi chirurgici oculistica - iride	€ 136,59
Interventi chirurgici oculistica - muscoli	€ 159,74
Interventi chirurgici oculistica - operazione per glaucoma	€ 174,78

Interventi chirurgici oculistica - orbita	€ 136,59
Interventi chirurgici oculistica - palpebre	€ 54,40
Interventi chirurgici oculistica - retina	€ 210,67
Interventi chirurgici oculistica - sclera	€ 84,50
Interventi chirurgici oculistica - sopracciglio	€ 48,62
Interventi chirurgici oculistica - trattamenti laser	€ 57,88
Interventi chirurgici oculistica - vie lacrimali	€ 49,77
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - apparecchi gessati	€ 26,62
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - bendaggi	€ 6,95
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi cruenti	€ 100,32
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi incruenti	€ 40,51
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - lussazioni e fratture	€ 47,46
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia tendini - muscoli - aponevrosi - nervi periferici	€ 156,26
Interventi chirurgici ostetricia	€ 127,33
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - faringe - cavo orale - orfaringe - ghiandole salivari	€ 171,31
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - laringe e ipofaringe	€ 202,56
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - naso e seni paranasali	€ 169,00
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - orecchio	€ 313,68
Interventi chirurgici urologia - apparato genitale maschile	€ 189,83
Interventi chirurgici urologia - endoscopia diagnostica	€ 42,83
Interventi chirurgici urologia - endoscopia operativa	€ 157,42
Interventi chirurgici urologia - piccoli interventi e diagnostica urologica	€ 16,21
Interventi chirurgici urologia - prostata	€ 287,06
Interventi chirurgici urologia - rene	€ 275,49
Interventi chirurgici urologia - uretere	€ 337,99
Interventi chirurgici urologia - uretra	€ 173,63
Interventi chirurgici urologia - vescica	€ 291,69
<b>PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B - C - D - E - F - G - H - I)</b>	
<b>B) Visite specialistiche</b>	
Massimale	€ 800,00
Condizioni:	indennizzi per prestazione: € 36,15
<b>C) Analisi di laboratorio e diagnostica</b>	
Massimale	€ 7.000,00
Condizioni:	indennizzi per prestazione:

<b><u>DIAGNOSTICA DI LABORATORIO</u></b>	
Esami cito/istologici/immunoistochimici	€ 13,50
Esami di laboratorio	€ 16,50
Prelievi	€ 1,50
<b><u>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</u></b>	
Angiografia	€ 105,00
Densitometria mineralometria ossea (MOC)	€ 10,50
Ecografia - Doppler - ecodoppler - colordoppler	€ 34,50
Endoscopia	€ 28,50
Esami radiologici	€ 13,50
Medicina nucleare (scintigrafia) Altri organi	€ 79,50
Medicina Nucleare apparato circolatorio	€ 33,00
Medicina Nucleare apparato digerente	€ 70,50
Medicina Nucleare apparato ematopoietico	€ 19,50
Medicina Nucleare apparato osteoarticolare	€ 25,50
Medicina Nucleare apparato respiratorio	€ 33,00
Medicina Nucleare apparato urinario	€ 21,00
Medicina Nucleare Fegato - vie biliari - milza	€ 25,50
Medicina Nucleare sistema nervoso	€ 45,00
Medicina Nucleare tiroide e paratiroide	€ 27,00
Risonanza Magnetica	€ 45,00
Tomografia computerizzata (TAC)	€ 52,50
<b><u>DIAGNOSTICA STRUMENTALE SPECIALISTICA</u></b>	
Diagnostica strumentale allergologia - test in vivo	€ 4,50
Diagnostica strumentale cardiologia	€ 10,50
Diagnostica strumentale neurologia	€ 25,50
Diagnostica strumentale oculistica (effettuata da medico specialista oculista)	€ 19,50
Diagnostica strumentale otorinolaringoiatria	€ 7,50
Diagnostica strumentale pneumologia	€ 4,50
<b>D) Lenti</b>	
Massimale	1 paio ogni 3 anni
Condizioni:	indennizzi:
Lenti (coppia)	€ 15,75
Lenti (confezione)	€ 3,50
<b>E) Protesi</b>	
Massimale	€ 1.000,00
Condizioni:	indennizzi:
Protesi acustica	€ 92,75
Corsetto ortopedico	€ 12,25
Protesi articolare	€ 232,75
Protesi arto	€ 138,25
Tutore di funzione arto	€ 12,25
Tutore di riposo o posizione	€ 3,50

<b>F) Fisioterapia</b> Massimale Condizioni: Fisioterapia (terapia con mezzi fisici) Kinesiterapia (terapia di movimento) Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti molli e per tessuti osteo - articolari Riabilitazione	€ 1.000,00 indennizzi per prestazione: € 1,75 € 1,05 € 5,25 € 2,80
<b>G) Prestazioni odontoiatriche</b> Massimale	ILLIMITATO
<b>a) Pacchetto emergenza</b> In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (indennizzo)	max 1 volta l'anno 100% non previsto
<b>b) Pacchetto prevenzione</b> In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (indennizzo) prima visita, visita specialistica + Ablazione del tartaro visita di controllo + Ablazione del tartaro	max 1 volta l'anno 100% indennizzi: € 56,25 € 43,75
In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (indennizzo) Visita + ablazione del tartaro + scaling e levigatura radici visita di controllo + ablazione del tartaro + scaling e levigatura radici	franchigia € 45,00 indennizzi: € 118,75 € 106,25
<b>H) Inabilità - non autosufficienza</b> Massimale ADL 4 su 6	€ 1.500
<b>I) Prevenzione della sindrome metabolica</b> In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (rimborso)	100% 100% non previsto

**PROTEZIONE ALTA**

GARANZIE	INDENNIZZI E FRANCHIGIE PER EVENTO
<b>PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)</b>	
<b>A) Chirurgia</b>	
Massimale	€ 110.000,00
Condizioni:	
Interventi chirurgici cardiocirurgia e chirurgia vascolare	€ 314,49
Interventi chirurgici cardiologia interventistica	€ 196,09
Interventi chirurgici chirurgia della mammella	€ 275,02
Interventi chirurgici chirurgia della mano	€ 236,83
Interventi chirurgici chirurgia generale - collo	€ 196,09
Interventi chirurgici chirurgia generale - esofago	€ 299,21
Interventi chirurgici chirurgia generale - fegato e vie biliari	€ 393,44
Interventi chirurgici chirurgia generale - intestino digiuno - ileo - colon - retto - ano	€ 262,30
Interventi chirurgici chirurgia generale - pancreas - milza	€ 339,96
Interventi chirurgici chirurgia generale - parete addominale	€ 213,91
Interventi chirurgici chirurgia generale - peritoneo	€ 193,53
Interventi chirurgici chirurgia generale - piccoli interventi - varie	€ 38,20
Interventi chirurgici chirurgia generale - stomaco - duodeno	€ 357,79
Interventi chirurgici chirurgia oro-maxillo-facciale	€ 224,09
Interventi chirurgici chirurgia plastica ricostruttiva	€ 183,35
Interventi chirurgici chirurgia toraco-polmonare	€ 244,46
Interventi chirurgici chirurgia vascolare	€ 305,58
Interventi chirurgici dermatologia - crioterapia - laserterapia	€ 22,92
Interventi chirurgici gastroenterologia ed endoscopia digestiva	€ 85,31
Interventi chirurgici ginecologia	€ 216,46
Interventi chirurgici neurochirurgia	€ 459,65
Interventi chirurgici oculistica - bulbo oculare	€ 254,65
Interventi chirurgici oculistica - congiuntiva	€ 43,30
Interventi chirurgici oculistica - cristallino	€ 238,10
Interventi chirurgici oculistica - cornea	€ 180,81
Interventi chirurgici oculistica - iride	€ 150,25
Interventi chirurgici oculistica - muscoli	€ 175,71
Interventi chirurgici oculistica - operazione per glaucoma	€ 192,26
Interventi chirurgici oculistica - orbita	€ 150,25
Interventi chirurgici oculistica - palpebre	€ 59,84
Interventi chirurgici oculistica - retina	€ 231,74
Interventi chirurgici oculistica - sclera	€ 92,95
Interventi chirurgici oculistica - sopracciglio	€ 53,48
Interventi chirurgici oculistica - trattamenti laser	€ 63,67
Interventi chirurgici oculistica - vie lacrimali	€ 54,75

Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - apparecchi gessati	€ 29,28
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - bendaggi	€ 7,65
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi cruenti	€ 110,35
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi incruenti	€ 44,56
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - lussazioni e fratture	€ 52,21
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia tendini - muscoli - aponevrosi - nervi periferici	€ 171,89
Interventi chirurgici ostetricia	€ 140,06
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - faringe - cavo orale - orfaringe - ghiandole salivari	€ 188,44
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - laringe e ipofaringe	€ 222,82
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - naso e seni paranasali	€ 185,90
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - orecchio	€ 345,05
Interventi chirurgici urologia - apparato genitale maschile	€ 208,81
Interventi chirurgici urologia - endoscopia diagnostica	€ 47,11
Interventi chirurgici urologia - endoscopia operativa	€ 173,16
Interventi chirurgici urologia - piccoli interventi e diagnostica urologica	€ 17,83
Interventi chirurgici urologia - prostata	€ 315,77
Interventi chirurgici urologia - rene	€ 303,04
Interventi chirurgici urologia - uretere	€ 371,79
Interventi chirurgici urologia - uretra	€ 190,99
Interventi chirurgici urologia - vescica	€ 320,86
<b>PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B - C - D - E - F - G - H - I)</b>	
<b>B) Visite specialistiche</b>	
Massimale	€ 880,00
Condizioni:	indennizzi per prestazione: € 39,77
<b>C) Analisi di laboratorio e diagnostica</b>	
Massimale	€ 7.700,00
Condizioni:	indennizzi per prestazione:
<b><u>DIAGNOSTICA DI LABORATORIO</u></b>	
Esami cito/istologici/immunoistochimici	€ 14,85
Esami di laboratorio	€ 18,15
Prelievi	€ 1,65
<b><u>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</u></b>	
Angiografia	€ 115,50
Densitometria mineralometria ossea (MOC)	€ 11,55
Ecografia - Doppler - ecodoppler - color Doppler	€ 37,95
Endoscopia	€ 31,35
Esami radiologici	€ 14,85
Medicina nucleare (scintigrafia) Altri organi	€ 87,45
Medicina Nucleare apparato circolatorio	€ 36,30
Medicina Nucleare apparato digerente	€ 77,55

Medicina Nucleare apparato ematopoietico	€ 21,45
Medicina Nucleare apparato osteoarticolare	€ 28,05
Medicina Nucleare apparato respiratorio	€ 36,30
Medicina Nucleare apparato urinario	€ 23,10
Medicina Nucleare Fegato - vie biliari - milza	€ 28,05
Medicina Nucleare sistema nervoso	€ 49,50
Medicina Nucleare tiroide e paratiroide	€ 29,70
Risonanza Magnetica	€ 49,50
Tomografia computerizzata (TAC)	€ 57,75
<b><u>DIAGNOSTICA STRUMENTALE SPECIALISTICA</u></b>	
Diagnostica strumentale allergologia - test in vivo	€ 4,95
Diagnostica strumentale cardiologia	€ 11,55
Diagnostica strumentale neurologia	€ 28,05
Diagnostica strumentale oculistica (effettuata da medico specialista oculista)	€ 21,45
Diagnostica strumentale otorinolaringoiatria	€ 8,25
Diagnostica strumentale pneumologia	€ 4,95
<b>D) Lenti</b>	
Massimale	1 paio ogni 3 anni
Condizioni:	indennizzi:
Lenti (coppia)	€ 17,33
Lenti (confezione)	€ 3,85
<b>E) Protesi</b>	
Massimale	€ 1.100,00
Condizioni:	indennizzi:
Protesi acustica	€ 102,03
Corsetto ortopedico	€ 13,48
Protesi articolare	€ 256,03
Protesi arto	€ 152,08
Tutore di funzione arto	€ 13,48
Tutore di riposo o posizione	€ 3,85
<b>F) Fisioterapia</b>	
Massimale	€ 1.100,00
Condizioni:	indennizzi per prestazione:
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)	€ 1,93
Kinesiterapia (terapia di movimento)	€ 1,16
Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti molli e per tessuti osteo - articolari	€ 5,78
Riabilitazione	€ 3,08
<b>G) Prestazioni odontoiatriche</b>	
Massimale	ILLIMITATO

<b>a) Pacchetto emergenza</b> In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (indennizzo)	max 1 volta l'anno 100% non previsto
<b>b) Pacchetto prevenzione</b> In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (indennizzo) prima visita, visita specialistica + Ablazione del tartaro visita di controllo + Ablazione del tartaro	max 1 volta l'anno 100% indennizzi: € 61,88 € 48,13
In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (indennizzo) Visita + ablazione del tartaro + scaling e levigatura radici visita di controllo + ablazione del tartaro + scaling e levigatura radici	franchigia € 40,50 indennizzi: € 130,63 € 116,88
<b>H) Inabilità - non autosufficienza</b> Massimale ADL 4 su 6	€ 2.500
<b>I) Prevenzione della sindrome metabolica</b> In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (rimborso)	100% 100% non previsto

**PROTEZIONE TOTALE**

GARANZIE	INDENNIZZI E FRANCHIGIE PER EVENTO
<b>PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A)</b>	
<b>A) Chirurgia</b>	
Massimale	€ 125.000,00
Condizioni:	
Interventi chirurgici cardiocirurgia e chirurgia vascolare	€ 357,38
Interventi chirurgici cardiologia interventistica	€ 222,83
Interventi chirurgici chirurgia della mammella	€ 312,53
Interventi chirurgici chirurgia della mano	€ 269,13
Interventi chirurgici chirurgia generale - collo	€ 222,83
Interventi chirurgici chirurgia generale - esofago	€ 340,01
Interventi chirurgici chirurgia generale - fegato e vie biliari	€ 447,09
Interventi chirurgici chirurgia generale - intestino digiuno - ileo - colon - retto - ano	€ 298,06
Interventi chirurgici chirurgia generale - pancreas - milza	€ 386,31
Interventi chirurgici chirurgia generale - parete addominale	€ 243,08
Interventi chirurgici chirurgia generale - peritoneo	€ 219,93
Interventi chirurgici chirurgia generale - piccoli interventi - varie	€ 43,41
Interventi chirurgici chirurgia generale - stomaco - duodeno	€ 406,58
Interventi chirurgici chirurgia oro-maxillo-facciale	€ 254,65
Interventi chirurgici chirurgia plastica ricostruttiva	€ 208,35
Interventi chirurgici chirurgia toraco-polmonare	€ 277,80
Interventi chirurgici chirurgia vascolare	€ 347,25
Interventi chirurgici dermatologia - crioterapia - laserterapia	€ 26,05
Interventi chirurgici gastroenterologia ed endoscopia digestiva	€ 96,94
Interventi chirurgici ginecologia	€ 245,98
Interventi chirurgici neurochirurgia	€ 522,33
Interventi chirurgici oculistica - bulbo oculare	€ 289,38
Interventi chirurgici oculistica - congiuntiva	€ 49,20
Interventi chirurgici oculistica - cristallino	€ 270,56
Interventi chirurgici oculistica - cornea	€ 205,46
Interventi chirurgici oculistica - iride	€ 170,74
Interventi chirurgici oculistica - muscoli	€ 199,68
Interventi chirurgici oculistica - operazione per glaucoma	€ 218,48
Interventi chirurgici oculistica - orbita	€ 170,74
Interventi chirurgici oculistica - palpebre	€ 68,00
Interventi chirurgici oculistica - retina	€ 263,34
Interventi chirurgici oculistica - sclera	€ 105,63
Interventi chirurgici oculistica - sopracciglio	€ 60,78
Interventi chirurgici oculistica - trattamenti laser	€ 72,35
Interventi chirurgici oculistica - vie lacrimali	€ 62,21
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - apparecchi gessati	€ 33,28

Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - bendaggi	€ 8,69
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi cruenti	€ 125,40
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi incruenti	€ 50,64
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - lussazioni e fratture	€ 59,33
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia tendini - muscoli - aponevrosi - nervi periferici	€ 195,33
Interventi chirurgici ostetricia	€ 159,16
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - faringe - cavo orale - orofaringe - ghiandole salivari	€ 214,14
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - laringe e ipofaringe	€ 253,20
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - naso e seni paranasali	€ 211,25
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - orecchio	€ 392,10
Interventi chirurgici urologia - apparato genitale maschile	€ 237,29
Interventi chirurgici urologia - endoscopia diagnostica	€ 53,54
Interventi chirurgici urologia - endoscopia operativa	€ 196,78
Interventi chirurgici urologia - piccoli interventi e diagnostica urologica	€ 20,26
Interventi chirurgici urologia - prostata	€ 358,83
Interventi chirurgici urologia - rene	€ 344,36
Interventi chirurgici urologia - uretere	€ 422,49
Interventi chirurgici urologia - uretra	€ 217,04
Interventi chirurgici urologia - vescica	€ 364,61
<b>PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (B - C - D - E - F - G - H - I)</b>	
<b>B) Visite specialistiche</b>	
Massimale	€ 1.000,00
Condizioni:	indennizzi per prestazione:
	€ 45,19
<b>C) Analisi di laboratorio e diagnostica</b>	
Massimale	€ 8.750,00
Condizioni:	indennizzi per prestazione:
<b><u>DIAGNOSTICA DI LABORATORIO</u></b>	
Esami cito/istologici/immunoistochimici	€ 16,88
Esami di laboratorio	€ 20,63
Prelievi	€ 1,88
<b><u>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</u></b>	
Angiografia	€ 131,25
Densitometria mineralometria ossea (MOC)	€ 13,13
Ecografia - Doppler - ecodoppler - color Doppler	€ 43,13
Endoscopia	€ 35,63
Esami radiologici	€ 16,88
Medicina nucleare (scintigrafia) Altri organi	€ 99,38
Medicina Nucleare apparato circolatorio	€ 41,25
Medicina Nucleare apparato digerente	€ 88,13
Medicina Nucleare apparato ematopoietico	€ 24,38
Medicina Nucleare apparato osteoarticolare	€ 31,88

Medicina Nucleare apparato respiratorio	€ 41,25
Medicina Nucleare apparato urinario	€ 26,25
Medicina Nucleare Fegato - vie biliari - milza	€ 31,88
Medicina Nucleare sistema nervoso	€ 56,25
Medicina Nucleare tiroide e paratiroide	€ 33,75
Risonanza Magnetica	€ 56,25
Tomografia computerizzata (TAC)	€ 65,63
<b><u>DIAGNOSTICA STRUMENTALE SPECIALISTICA</u></b>	
Diagnostica strumentale allergologia - test in vivo	€ 5,63
Diagnostica strumentale cardiologia	€ 13,13
Diagnostica strumentale neurologia	€ 31,88
Diagnostica strumentale oculistica (effettuata da medico specialista oculista)	€ 24,38
Diagnostica strumentale otorinolaringoiatria	€ 9,38
Diagnostica strumentale pneumologia	€ 5,63
<b>D) Lenti</b>	
Massimale	1 paio ogni 3 anni
Condizioni:	indennizzi:
Lenti (coppia)	€ 19,69
Lenti (confezione)	€ 4,38
<b>E) Protesi</b>	
Massimale	€ 1.250,00
Condizioni:	indennizzi:
Protesi acustica	€ 115,94
Corsetto ortopedico	€ 15,31
Protesi articolare	€ 290,94
Protesi arto	€ 172,81
Tutore di funzione arto	€ 15,31
Tutore di riposo o posizione	€ 4,38
<b>F) Fisioterapia</b>	
Massimale	€ 1.250,00
Condizioni:	indennizzi per prestazione:
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)	€ 2,19
Kinesiterapia (terapia di movimento)	€ 1,31
Onde d'urto - Trattamenti ambulatoriali per tessuti molli e per tessuti osteo - articolari	€ 6,56
Riabilitazione	€ 3,50
<b>G) Prestazioni odontoiatriche</b>	
Massimale	ILLIMITATO

<b>a) Pacchetto emergenza</b> In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (indennizzo)	max 1 volta l'anno 100% non previsto
<b>b) Pacchetto prevenzione</b> In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (indennizzo) prima visita, visita specialistica + Ablazione del tartaro visita di controllo + Ablazione del tartaro	max 1 volta l'anno 100% indennizzi: € 70,31 € 54,69
In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (indennizzo) Visita + ablazione del tartaro + scaling e levigatura radici visita di controllo + ablazione del tartaro + scaling e levigatura radici	franchigia d € 33,75 indennizzi: € 148,44 € 132,81
<b>H) Inabilità - non autosufficienza</b> Massimale ADL 4 su 6	€ 3.500
<b>I) Prevenzione della sindrome metabolica</b> In struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) In struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (rimborso)	100% 100% non previsto

## CAPITOLO 2 - DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

### Art. 23. Descrizione delle prestazioni assicurate

La Società garantisce un indennizzo per le prestazioni effettuate dall'Assicurato **durante l'operatività del presente contratto** e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio.

**Tali spese sono indennizzate fino a concorrenza dei limiti indicati nei singoli livelli di protezione** (vedi Sezione II Capitolo 1 - "Scheda riassuntiva" e Capitolo 2 "Descrizione delle prestazioni assicurate").

**Avvertenza:** 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 Assicurato e le stesse garanzie, i termini di carenza riportati nei singoli Moduli allegati operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e gli indennizzi 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.

## PRESTAZIONI OSPEDALIERE

### A) CHIRURGIA

Sono riconosciute delle quote di indennizzo per **TUTTE** le prestazioni di **Chirurgia**.

L'indennità garantita all'Assicurato viene erogata a prescindere dalla modalità di erogazione della prestazione (in S.S.N., in intramoenia, in Struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto), in Struttura non Convenzionata RBM



Assicurazione Salute (liquidazione indennizzo)).

Si evidenzia che l'elenco delle prestazioni **non ha carattere esclusivo**.

In caso di prestazione non specificatamente indicata l'indennizzo da riconoscere all'Assicurato verrà stabilito dalla Società con criterio analogico e con riferimento al più simile degli interventi elencati per tipo di patologia e di tecnica medica.

Nel caso in cui, nel corso della stessa seduta operatoria, vengano effettuate due o più prestazioni, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo facendo riferimento all'importo più elevato.

Di seguito le macrocategorie di interventi chirurgici previsti:

<b>CHIRURGIA</b>
Interventi chirurgici cardiocirurgia e chirurgia vascolare
Interventi chirurgici cardiologia interventistica
Interventi chirurgici chirurgia della mammella
Interventi chirurgici chirurgia della mano
Interventi chirurgici chirurgia generale - collo
Interventi chirurgici chirurgia generale - esofago
Interventi chirurgici chirurgia generale - fegato e vie biliari
Interventi chirurgici chirurgia generale - intestino digiuno - ileo - colon - retto - ano
Interventi chirurgici chirurgia generale - pancreas - milza
Interventi chirurgici chirurgia generale - parete addominale
Interventi chirurgici chirurgia generale - peritoneo
Interventi chirurgici chirurgia generale - piccoli interventi - varie
Interventi chirurgici chirurgia generale - stomaco - duodeno
Interventi chirurgici chirurgia oro-maxillo-facciale
Interventi chirurgici chirurgia plastica ricostruttiva
Interventi chirurgici chirurgia toraco-polmonare
Interventi chirurgici chirurgia vascolare
Interventi chirurgici dermatologia - crioterapia - laserterapia
Interventi chirurgici gastroenterologia ed endoscopia digestiva
Interventi chirurgici ginecologia
Interventi chirurgici neurochirurgia
Interventi chirurgici oculistica - bulbo oculare
Interventi chirurgici oculistica - congiuntiva
Interventi chirurgici oculistica - cristallino
Interventi chirurgici oculistica - cornea
Interventi chirurgici oculistica - iride
Interventi chirurgici oculistica - muscoli
Interventi chirurgici oculistica - operazione per glaucoma
Interventi chirurgici oculistica - orbita
Interventi chirurgici oculistica - palpebre
Interventi chirurgici oculistica - retina
Interventi chirurgici oculistica - sclera
Interventi chirurgici oculistica - sopracciglio

Interventi chirurgici oculistica - trattamenti laser
Interventi chirurgici oculistica - vie lacrimali
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - apparecchi gessati
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - bendaggi
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi cruenti
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - interventi incruenti
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia - lussazioni e fratture
Interventi chirurgici ortopedia e traumatologia tendini - muscoli - aponevrosi - nervi periferici
Interventi chirurgici ostetricia
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - faringe - cavo orale - orofaringe - ghiandole salivari
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - laringe e ipofaringe
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - naso e seni paranasali
Interventi chirurgici otorinolaringoiatria - orecchio
Interventi chirurgici urologia - apparato genitale maschile
Interventi chirurgici urologia - endoscopia diagnostica
Interventi chirurgici urologia - endoscopia operativa
Interventi chirurgici urologia - piccoli interventi e diagnostica urologica
Interventi chirurgici urologia - prostata
Interventi chirurgici urologia - rene
Interventi chirurgici urologia - uretere
Interventi chirurgici urologia - uretra
Interventi chirurgici urologia - vescica

## **CONDIZIONI DI INDENNIZZO**

### **Carenza**

E' prevista una carenza di 30 giorni.

E' prevista una carenza di 271 giorni per parto.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

### **Massimale**

La Società provvede a riconoscere gli indennizzi della presente garanzia **entro i limiti per evento previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva")**.

## **PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE**

### ***B) Visite specialistiche***

Sono riconosciute delle quote di indennizzo per **TUTTE le visite specialistiche effettuate al di fuori del ricovero.**

L'indennità garantita all'Assicurato viene erogata a prescindere dalla modalità di erogazione della prestazione (in S.S.N., in intramoenia, in Struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) ed in Struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (liquidazione indennizzo)).



Di seguito le macrocategorie di prestazioni previste:

<b>VISITE SPECIALISTICHE</b>
Visite specialistiche (TUTTE)

**CONDIZIONI DI INDENNIZZO**

**Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni.  
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

**Massimale**

La Società provvede a riconoscere gli indennizzi della presente garanzia entro i limiti per evento previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 “Scheda riassuntiva”).

**C) *Analisi di laboratorio e diagnostica***

Sono riconosciute delle quote di indennizzo per **TUTTE** le prestazioni di **analisi di laboratorio e diagnostica, effettuate al di fuori del ricovero.**



Di seguito le macrocategorie di prestazioni previste:

<b>DIAGNOSTICA DI LABORATORIO</b>
Esami cito/istologici/immunoistochimici
Esami di laboratorio
Prelievi
<b>DIAGNOSTICA PER IMMAGINI</b>
Angiografia
Densitometria mineralometria ossea (MOC)
Ecografia – Doppler – ecdoppler – color doppler
Endoscopia
Esami di radiologia standard ) con/senza mezzo di contrasto (qualsiasi distretto corporeo)
Medicina nucleare (scintigrafia) Altri organi
Medicina Nucleare apparato circolatorio
Medicina Nucleare apparato digerente
Medicina Nucleare apparato ematopoietico
Medicina Nucleare apparato osteoarticolare
Medicina Nucleare apparato respiratorio
Medicina Nucleare apparato urinario
Medicina Nucleare Fegato - vie biliari – milza
Medicina Nucleare sistema nervoso
Medicina Nucleare tiroide e paratiroide
Risonanza Magnetica Nucleare) con/senza mezzo di contrasto (qualsiasi distretto corporeo)
Tomografia computerizzata (TAC) con/senza mezzo di contrasto (qualsiasi distretto corporeo)
<b>DIAGNOSTICA STRUMENTALE SPECIALISTICA</b>
Diagnostica strumentale allergologia - test in vivo
Diagnostica strumentale cardiologia
Diagnostica strumentale neurologia
Diagnostica strumentale oculistica (effettuata da medico specialista oculista)
Diagnostica strumentale otorinolaringoiatria
Diagnostica strumentale pneumologia

Le prestazioni che non rientrino nelle macrocategorie sopra individuate saranno ricomprese nelle stesse per assimilazione.

### **CONDIZIONI DI INDENNIZZO**

#### **Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni.  
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

#### **Massimale**

La Società provvede a riconoscere gli indennizzi della presente garanzia entro i limiti per evento previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva").

#### ***D) Lenti***

Sono riconosciute delle quote di indennizzo per l'acquisto di **lenti**.



Di seguito quanto previsto:

LENTI
Lenti (coppia)
Lenti (confezione)

### **CONDIZIONI DI INDENNIZZO**

#### **Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni.  
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

#### **Massimale**

La Società provvede a riconoscere gli indennizzi della presente garanzia entro i limiti per evento previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva").

#### ***E) Protesi***

Sono riconosciute delle quote di indennizzo per l'acquisto di **protesi**.



Di seguito quanto previsto:

PROTESI
Protesi acustica
Corsetto ortopedico
Protesi articolare
Protesi arto
Tutore di funzione arto
Tutore di riposo o posizione

### **CONDIZIONI DI INDENNIZZO**

#### **Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni.  
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

**Massimale**

La Società provvede a riconoscere gli indennizzi della presente garanzia entro i limiti per evento previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 “Scheda riassuntiva”).

**PRESTAZIONI FISIOTERAPICHE**

**F) Fisioterapia**

Sono riconosciute delle quote di indennizzo per le prestazioni di **fisioterapia, effettuate al di fuori del ricovero.**

L'indennità garantita all'Assicurato viene erogata a prescindere dalla modalità di erogazione della prestazione (in S.S.N., in intramoenia, in Struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) ed in Struttura non Convenzionata RBM Assicurazione Salute (liquidazione indennizzo)).

Nel caso in cui, nel corso della stessa seduta fisioterapica, vengano effettuate due o più prestazioni, la Società corrisponderà all'Assicurato l'indennizzo facendo riferimento all'importo più elevato.



Di seguito le macrocategorie di prestazioni previste:

FISIOTERAPIA
Fisioterapia (terapia con mezzi fisici)
Kinesiterapia (terapia di movimento)
Onde d'urto – Trattamenti ambulatoriali per tessuti molli e per tessuti osteo – articolari
Riabilitazione

**CONDIZIONI DI INDENNIZZO**

**Carenza**

E' prevista una carenza di 90 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

**Massimale**

La Società provvede a riconoscere gli indennizzi della presente garanzia entro i limiti per evento previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 “Scheda riassuntiva”).

**PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE**

**Prestazioni odontoiatriche**

Sono riconosciute le prestazioni del seguente **pacchetto emergenza** eseguibili **esclusivamente presso Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto) al massimo una volta l'anno:**



PACCHETTO EMERGENZA
Visita di emergenza con eventuale prescrizione di terapia medica
Trattamento di pronto soccorso endodontico manovre cliniche di accesso al sistema camerale di un dente finalizzate alla riduzione risoluzione di una sintomatologia acuta di origine endodontica
Otturazione /ricostruzione temporanea: restauro provvisorio, indipendentemente dal materiale usato (massimo una volta l'anno). Può avere finalità diagnostica (in attesa di chiarificazione del quadro clinico), pre-endodontica (per consentire un efficace

isolamento tramite la diga), protettiva (per ricoprire temporaneamente la cavità preparata per un intarsio), ecc.

Sono riconosciute le prestazioni del seguente **pacchetto prevenzione** eseguibili **al massimo una volta l'anno** sia presso Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute (pagamento diretto), sia presso Strutture non Convenzionate (liquidazione indennizzo) entro i limiti previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva"):

<b>PACCHETTO PREVENZIONE</b>
Visita (prima visita, visita specialistica) + Ablazione del tartaro: rimozione del tartaro sopragengivale
Visita (visita di controllo)+Ablazione del tartaro: rimozione del tartaro sopragengivale
Visita (prima visita, visita specialistica) Seduta in cui vengono eseguite contemporaneamente nella medesima area (sestante, quadrante, arcata od intera bocca) ablazione tartaro sopragengivale+ scaling e levigatura radici
Visita (visita di controllo)+ seduta in cui vengono eseguite contemporaneamente nella medesima area (sestante, quadrante, arcata od intera bocca) ablazione tartaro sopragengivale+ scaling e levigatura radici
Visita o visita di controllo + ablazione del tartaro + scaling e levigatura radici

## **CONDIZIONI DI INDENNIZZO**

### **Carenza**

Non è prevista carenza.

### **Massimale**

La Società provvede a riconoscere gli indennizzi della presente garanzia entro i limiti per evento previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva").

### **Franchigia/Scoperto**

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate lasciando a carico dell'Assicurato le franchigie previste dal livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva").

### **G) Inabilità e non autosufficienza**

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto "*Criteria per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*") derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti "causa"), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni ("evento").

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell'evento, cioè decorsi 90 giorni dall'insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 22) e 23) dell'art. 25 "Esclusioni" delle CDA, salvo quanto previsto dall'art. 24 "Patologie pregresse" delle CDA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell'evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall'Assicurato per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo "*Criteria per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*".

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell'arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all'Assicurato l'esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l'esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell'evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all'Assicurato la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l'effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell'anno precedente allo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all'Assicurato sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell'erogabilità della garanzia.

### **Somma Assicurata**

La Società, nel caso in cui l'Assicurato si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assicurato un indennizzo annuo fisso, per un massimo di 3 anni, in relazione al livello di Protezione prescelto.

### **Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)**

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assicurato rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

#### Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

#### Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assicurato è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assicurato è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo

- sbucciare la frutta

- aprire un contenitore/una scatola

- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assicurato a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assicurato stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assicurato.

## CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

### Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

### **H) Prevenzione della Sindrome Metabolica**

Per attivare la garanzia l'Assicurato dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it)

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assicurato ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assicurato risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc. e si inviterà l'Assicurato a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assicurato, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assicurato il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

### COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assicurato di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

## CAPITOLO 3 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

### **Art. 24. Patologie pregresse**

Sono escluse dall'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.

Tuttavia, nel caso di rinnovo dei contratti di durata pari a 5 anni, la copertura delle patologie preesistenti note all'Assicurato al momento della prima sottoscrizione della polizza è prestata alle seguenti condizioni per prestazioni effettuate a partire dal sesto anno di copertura:

- in caso di rinnovo dell'assicurazione per 1 anno, pagamento del 25% dell'importo liquidabile;
- in caso di rinnovo dell'assicurazione per 3 anni, pagamento del 35% dell'importo liquidabile;
- in caso di rinnovo dell'assicurazione per 5 anni, pagamento del 50% dell'importo liquidabile.

## **Art. 25. Esclusioni**

### **Sono esclusi dall'assicurazione:**

- 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, le patologie e le intossicazioni 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) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- 6) 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;
- 7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 8) 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;
- 9) l'interruzione volontaria della gravidanza;
- 10) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio rimborsabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, rimborsabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;
- 11) le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici, effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale;
- 12) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici;
- 13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza;
- 14) trattamenti di medicina alternativa o complementare;
- 15) ricoveri in lungodegenza;
- 16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
- 17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
- 18) gli interventi di chirurgia finalizzata alla cura dell'obesità (bariatrica), ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- 19) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 20) 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;
- 21) ricoveri impropri;
- 22) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
- 23) le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza, salvo quanto previsto all'art.24 "Patologie pregresse" delle CDA;

- 24) le conseguenze dirette od indirette di pandemie;
- 25) le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche;
- 26) infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
- 27) partecipazione ad allenamenti, corse, gare e relative prove quando l'Assicurato 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. 26. Persone non assicurabili**

**Non possono aderire alla copertura le persone di età superiore a 70 anni. Per gli assistiti già in copertura al raggiungimento del 70° anno di età la polizza potrà essere rinnovata fino al termine dell'annualità assicurativa in cui l'assistito raggiunge l'80° anno di età. In caso di disdetta della polizza dopo il 70° anno di età non sarà più possibile aderire alla copertura.**

Se la polizza prevede più persone assicurate si fa riferimento all'età della persona più anziana; **non possono essere rinnovate polizze con Assicurati di età pari o superiore a 80 anni.**

**Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dall'art 25 "Esclusioni" delle CDA.**

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

### **CAPITOLO 4 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

#### **Art. 27. Oneri in caso di Sinistro**

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato alla Società non appena ne abbiano la possibilità. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.**

Per le prestazioni odontoiatriche la data evento è quella in cui è eseguita la singola prestazione relativa allo specifico evento.

Qualora l'Assicurato riceva il pagamento diretto da parte di Fondi o Enti **è necessario l'invio della documentazione di autorizzazione al pagamento diretto di tali Enti al momento della richiesta di assistenza alla Centrale Operativa.**

**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'Assicurato.**

**L'Assicurato, 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'Assicurato stesso.**

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.

**Il pagamento di eventuali imposte, ivi compresa quella di bollo, dovute per le prestazioni oggetto della presente copertura assicurativa, rimane ad esclusivo carico dell'Assicurato; non sono dovute dalla Società le spese sostenute dall'Assicurato per eventuali oneri amministrativi di qualsivoglia natura (ad esempio le spese per il rilascio di copia della cartella clinica).**

## Procedura operativa - Regime di assistenza diretta

### Pagamento in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute

#### a) Prima della prestazione

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assicurato **dovrà preventivamente richiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale Operativa** (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno).

La Centrale Operativa, **se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria. Qualora vengano richieste integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni viene quindi a decorrere dal giorno di ricezione della documentazione completa.**

**Il VoucherSalute® contiene evidenza delle eventuali spese che rimangono a carico dall'Assicurato (a titolo di esempio gli importi eccedenti il limite rimborsabile per singolo evento).**

Il rilascio del VoucherSalute® può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati:
  - **800.991.771** da telefono fisso (numero verde);
  - **+39 0422.17.44.207** da telefono cellulare e per chiamate dall'estero.

**L'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:**

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- prestazione da effettuare.

L'Assicurato potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o alla app mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

**Compatibilmente con le disponibilità territoriali, saranno individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative in grado di garantire l'impegno all'effettuazione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.**

L'Assicurato confermerà una delle strutture convenzionate proposte, ovvero potrà individuarne una diversa; in quest'ultimo caso **non è garantita da parte della Centrale Operativa l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.**

**Nell'ipotesi in cui sia prossima la scadenza della copertura assicurativa, si ricorda all'Assicurato di richiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che residuano alla cessazione della copertura (ad esempio se la copertura cessa al 31 dicembre e il VoucherSalute® fosse rilasciato il giorno 10 dicembre, quest'ultimo avrà validità di 21 giorni ai fini della esecuzione delle prestazioni). Nel caso in cui l'Assicurato non si attivasse per tempo si ricorda che non è garantita l'esecuzione della prestazione in tempi inferiori a 30 giorni e pertanto potrebbe non essere operante la copertura.**

L'Assicurato **dovrà trasmettere alla Centrale Operativa - tramite portale web o app mobile o a mezzo mail all'indirizzo polizzeindividuali@rbmsalute.it o via fax, al numero 0422.17.44.707 – la seguente documentazione:**

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione odontoiatrica.**  
**È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: analisi di laboratorio e diagnostica e visite specialistiche.**

**Per le prestazioni diverse da quelle su indicate, la prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.**

Per le prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendo anche la trasmissione della stessa in tale fase.

- **in caso di infortunio:**

⇒ **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. **In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);**

⇒ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).**

**Si precisa che, anche per le prestazioni odontoiatriche, l'Assicurato dovrà di volta in volta richiedere singolarmente l'emissione del VoucherSalute® per ogni prestazione che deve eseguire e che non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano direttamente dagli Studi Odontoiatrici.**

Il VoucherSalute®, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmesso all'Assicurato **a mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail del VoucherSalute®. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione del VoucherSalute® la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della email sarà presente un *link web* breve (c.d. "*tiny link*") che consentirà la visualizzazione del VoucherSalute® sullo schermo del *device*. Il VoucherSalute® potrà contenere una forma visibile del QR code per l'accesso in struttura sanitaria.

Come anticipato, la scadenza del periodo di validità del VoucherSalute® è fissata in 30 giorni dalla data di emissione dello stesso; nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'Assicurato dovrà richiederne la ri-emissione tramite la propria Area Riservata o l'App Mobile.

Il VoucherSalute® sarà rinnovabile a partire dal 20mo (ventesimo) giorno dalla sua emissione per un numero massimo di ulteriori due volte, quindi con una finestra complessiva di validità di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura (esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2019; a partire dal 20/03/2019 l'Assicurato che non lo abbia ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che avrà 30 giorni di validità a decorrere dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non potrà più essere utilizzato. È consentita una ulteriore ri-emissione del VoucherSalute®, per una validità di ulteriori 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2019 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di ri-emissione, non potrà superare la data del 29/05/2019 – totale 90 gg. dal 01/03/2019).

Qualora la richiesta di ri-emissione avvenga prima che siano trascorsi i 30 giorni di validità (e comunque dal 20mo giorno di emissione del Voucher stesso), gli eventuali giorni di validità non usufruiti andranno perduti.

Il VoucherSalute® non potrà essere annullato dall'Assicurato. Qualora l'Assicurato abbia, per motivi eccezionali, la necessità di farlo dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa.

**In sede di accesso presso la Struttura Sanitaria convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire il VoucherSalute® ricevuto dalla Centrale Operativa e consegnare la prescrizione medica ove prevista.**

L'Assicurato deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, del nuovo VoucherSalute®.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza di cui al successivo § b).

**Restano a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle presenti condizioni di assicurazione (a titolo di esempio gli importi eccedenti il limite rimborsabile per singolo evento).**

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

**b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per ricovero)**

**Esclusivamente per la garanzia Ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.**

**Dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui l'Assicurato è ricoverato.**

**Il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale Operativa tramite mail all'indirizzo [polizzeindividuali@rbmsalute.it](mailto:polizzeindividuali@rbmsalute.it) o a mezzo fax (0422.17.44.707) allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.**

Resta inteso che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa; a tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

**La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente a ricoveri erogati in regime di assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.**

**c) La prenotazione**

**L'Assicurato, ottenuto il VoucherSalute®, prenoterà personalmente la prestazione contattando direttamente la Struttura Convenzionata.**

**L'Assicurato ha l'obbligo di non fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che dovessero derivare da una diversa modalità di contatto con la Struttura Convenzionata produrranno il mancato rilascio del VoucherSalute® che comporterà la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di assistenza diretta.**

**La struttura sanitaria utilizzando la piattaforma informatica messa a disposizione da RBM Assicurazione Salute avrà visibilità del VoucherSalute® emesso, in modo da poterlo verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.**

**Dalla stessa piattaforma la Struttura potrà confermare alla Centrale Operativa la data di esecuzione della prestazione.**

**Nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'Assicurato dovrà richiederne la ri-emissione tramite la propria Area Riservata o App mobile.**

**d) Mancata attivazione della Centrale Operativa**

**Qualora l'Assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata in regime di assistenza diretta né presentata a rimborso.**

**e) Dopo l'esecuzione della prestazione**

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata RBM Assicurazione Salute, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (importi eccedenti il limite rimborsabile per singolo evento, prestazioni non contemplate dalla Condizioni di Assicurazione), nonché, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (ad esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle Condizioni di Assicurazione, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie, ecc.).

**Procedura operativa - Regime Rimborsuale**

**a) Richiesta di rimborso cartacea**

Per ottenere il rimborso, l'Assicurato, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) (sezione Polizze Sanitarie Individuali – Modulistica) ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

- 1) **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. **Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.**
- 2) **cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;**
- 3) **prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. E richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: analisi di laboratorio e diagnostica e visite specialistiche;**
- 4) **dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;**
- 5) **certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta), intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46. La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno;**
- 6) **in caso di trattamenti fisioterapici:**
  - i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
  - ii. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione.**Le richieste di rimborso per trattamenti fisioterapici dovranno essere presentate al termine della cura.**

7) in caso di prestazioni ricevute in Regime Misto, l'Assicurato dovrà produrre alla Società anche un modulo sottoscritto dalla Struttura convenzionata con cui la stessa attesta l'avvenuto pagamento delle prestazioni erogate dall'Equipe non convenzionata.

8) in caso di infortunio:

- ⇒ il referto del Pronto Soccorso, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
- ⇒ qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

9) quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

**RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.**  
Ufficio Liquidazioni  
Via Enrico Forlanini 24  
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato.

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

#### **b) Richiesta di rimborso on line**

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato potrà trasmettere on line la propria richiesta di rimborso, unitamente alla relativa documentazione giustificativa medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria Area Riservata dal sito [www.rbmsalute.it](http://www.rbmsalute.it) (Gestisci la tua polizza on line – Polizze Individuali – Area Riservata – sinistri) oppure attraverso la App Mobile.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente paragrafo.

#### **c) Restituzione delle somme indebitamente pagate**

In caso di ricovero in istituto di cura in struttura convenzionata con RBM Assicurazione 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'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate professionista se già saldate dalla Società all'odontoiatra convenzionato, oppure dovrà saldarle direttamente.

## CAPITOLO 5 - LIVELLI DI SERVIZIO E PENALI

### Art. 28. Livelli di servizio minimi garantiti e penali a favore dell'assistito

RBM Assicurazione Salute ritiene che la tempestività nell'erogazione delle (prestazioni spettanti all'Assicurato 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 Assicurati, ha previsto le seguenti penali in favore dell'Assicurato qualora la Compagnia non sia riuscita a garantire i migliori livelli di servizio.

#### A) PRESTAZIONI CON PAGAMENTO DIRETTO (NETWORK)

##### A) Prestazioni Ospedaliere

**Tempo Massimo di emissione del VoucherSalute®:** 7 giorni di calendario dalla richiesta completa di emissione del VoucherSalute® (data richiesta presa in carico)

**Penale:** è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari allo 0,5% dell'ammontare del pagamento diretto che sarà effettuato alla Struttura Sanitaria Convenzionata per le prestazioni ospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al Tempo Massimo. Tale importo sarà liquidato dalla Società direttamente su conto corrente bancario intestato all'Assicurato.

**Nota Bene:** In ogni caso non saranno riconosciute all'Assicurato penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

#### ESEMPIO:

##### **Caso 1:**

*Data emissione del VoucherSalute®: dopo 5 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;*

*Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 344,36;*

*Penale in favore dell'Assicurato: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto l'emissione del VoucherSalute® è avvenuta entro il Tempo Massimo previsto (7 giorni di calendario).*

##### **Caso 2:**

*Data emissione del VoucherSalute®: dopo 9 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;*

*Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 344,36;*

*Penale in favore dell'Assicurato: nonostante la data di emissione del VoucherSalute® risulti con 2 giorni di calendario di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 3,44 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.*

##### **Caso 3:**

*Data emissione del VoucherSalute®: dopo 15 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;*

*Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 344,36;*

*Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 13,77, in quanto la data di emissione del VoucherSalute® risulta con 8 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto (7 giorni di calendario).*

##### B) Prestazioni sanitarie diverse dalla Ospedaliere

**Tempo Massimo di emissione del VoucherSalute®:** 7 giorni di calendario dalla richiesta completa di emissione del VoucherSalute® (data richiesta presa in carico)

**Penale:** è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari all'1,5% dell'ammontare del pagamento diretto che sarà effettuato dalla Struttura Sanitaria Convenzionata 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'Assicurato.

**ESEMPIO:**

**Caso 1:**

*Data emissione del VoucherSalute®: dopo 5 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;*

*Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 88,13;*

*Penale in favore dell'Assicurato: non sarà dovuta alcuna penale, in quanto la prima prenotazione è avvenuta entro il Tempo Massimo previsto (7 giorni di calendario).*

**Caso 2:**

*Data emissione del VoucherSalute®: dopo 9 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;*

*Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 88,13;*

*Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 2,64 in quanto la data di emissione del VoucherSalute® risulta con 2 giorni di calendario di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.*

**Caso 3:**

*Data emissione del VoucherSalute®: dopo 15 giorni di calendario dalla data di richiesta presa in carico;*

*Ammontare del pagamento diretto alla Struttura Sanitaria Convenzionata: € 88,13;*

*Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 7,05, in quanto la data di emissione del VoucherSalute® risulta con 8 giorni di calendario di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.*

**B) PRESTAZIONI A RIMBORSO**

A) Prestazioni Ospedaliere

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

**Penale:** è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari allo 0,5% del rimborso spettante all'Assicurato per le prestazioni ospedaliere effettuate 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'Assicurato.

**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'Assicurato penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

**ESEMPIO:**

**Caso 1:**

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

*Ammontare del rimborso: € 344,36;*

*Penale in favore dell'Assicurato: 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 22 giorni lavorativi dalla data protocollo;*

*Ammontare del rimborso: € 344,36;*

*Penale in favore dell'Assicurato: nonostante la data di chiusura pratica risulti con 2 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 3,44 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.*

**Caso 3:**

*Data chiusura pratica: dopo 28 giorni lavorativi dalla data di richiesta presa in carico;*

*Ammontare del rimborso: € 344,36;*

*Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 13,77, in quanto la data chiusura pratica risulta con 8 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.*

B) Prestazioni sanitarie diverse dalla Ospedaliera

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

**Penale:** è prevista una penale in favore dell'Assicurato pari allo 1,5% del rimborso spettante all'Assicurato per le prestazioni ospedaliere effettuate 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'Assicurato.

**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'Assicurato penali di ammontare inferiore ad € 10,00.

**ESEMPIO:**

**Caso 1:**

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

*Ammontare del rimborso: € 88,13;*

*Penale in favore dell'Assicurato: 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 22 giorni lavorativi dalla data protocollo;*

*Ammontare del rimborso: € 88,13;*

*Penale in favore dell'Assicurato: nonostante la data di chiusura pratica risulti con 2 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto, non sarà riconosciuta alcuna penale essendo la stessa pari a € 2,64 complessivi e pertanto inferiore ad € 10,00.*

**Caso 3:**

*Data chiusura pratica: dopo 28 giorni lavorativi dalla data di richiesta presa in carico;*

*Ammontare del rimborso: € 88,13;*

*Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 10,58, in quanto la data chiusura pratica risulta con 8 giorni lavorativi di ritardo rispetto al Tempo Massimo previsto.*



Amministratore Delegato e  
Direttore Generale  
RBM Assicurazione Salute Spa

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei sottoindicati articoli:

**CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE**

- Art. 9 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 10 Altre assicurazioni/coperture
- Art. 11 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio
- Art. 12 Tacito rinnovo
- Art. 14 Forma e modalità delle comunicazioni
- Art. 25 Esclusioni
- Art. 26 Persone non assicurabili
- Art. 27 Oneri in caso di Sinistro

**Sezione III**

**CAPITOLO 1 – ComfortSalute®**

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

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

Qualora l'Assicurato, 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'Assicurato 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'Assicurato, 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'Assicurato.

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'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato 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'Assicurato.

*c) Consulenza telefonica medico specialistica*

Quando l'Assicurato 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'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, necessiti 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 Assicurati che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli Assicurati di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assicurato 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'Assicurato, 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'Assicurato 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'Assicurato da telefono fisso.

### **5. CARD ELETTRONICA (RBM ASSICURAZIONE SALUTE – PREVIMEDICAL)**

E' messo a disposizione degli Assicurati il servizio di accesso a tariffe agevolate al network sanitario per beneficiare dell'applicazione di tariffe convenzionate in caso di prestazioni non previste dal piano sanitario.

Nel sito web [www.previmedical.it](http://www.previmedical.it) sarà visualizzabile l'elenco dei centri e degli operatori sanitari convenzionati, suddivisi per regioni e province aderenti al circuito card. Tali informazioni potranno altresì essere reperite attraverso l'interlocuzione con la Centrale Operativa.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP Mobile RBM Assicurazione Salute.

## ALLEGATO 1

### INFORMATIVA IN MATERIA DI RACCOLTA E UTILIZZO DEI DATI PERSONALI RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Rev.2 del 18/12/2018

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti, riferiti sia a Lei che eventualmente ai Suoi familiari, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta il RBM Assicurazione Salute S.p.A. (di seguito "RBM").

#### 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, anche sensibili<sup>1</sup>, che riguardano Lei e/o i Suoi familiari, al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Con riferimento a tali dati personali, si specifica che:

- alcuni (es. nome, cognome, indirizzo, codice fiscale) dovranno essere necessariamente forniti per dare esecuzione agli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte o a misure precontrattuali adottate su Sua richiesta;
- alcuni dovranno essere forniti per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione degli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte<sup>2</sup>;
- alcuni potranno essere forniti, anche tramite dispositivi elettronici (smart-IOT), per poter usufruire dei diversi servizi connessi ai contratti assicurativi;
- alcuni Le verranno richiesti ma il loro rilascio, sempre connesso con la finalità di esecuzione di eventuali contratti assicurativi, sarà facoltativo (es. indirizzo di posta elettronica), per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra Lei ed RBM.

Registrandosi all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricando le nostre App per dispositivi mobili (*FeelUp* e *Citrus*) tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro sito Internet o direttamente tramite le App dal suo smartphone, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente alle App, tramite notifiche push, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati (i cosiddetti dati sensibili, dati idonei a rivelare le sue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del nostro sito, o tramite l'App utilizzando la fotocamera dello smartphone) per dare corso alle prestazioni previste dalla sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per adempimenti normativi. Il conferimento di questi dati è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o del suo eventuale familiare/convivente interessato, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore dei Suoi familiari/conviventi – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

##### 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. 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.

<sup>1</sup> 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".

<sup>2</sup> Ad esempio per disposizioni dell'IVASS e del Garante Privacy o per adempimenti in materia di accertamenti fiscali.

## 2 Modalità di trattamento e conservazione

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti<sup>3</sup>, 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 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, nel rispetto della normativa relativa alla protezione dei dati personali, ad altri soggetti con funzioni di natura tecnica organizzativa e operativa che fanno parte della c.d. catena assicurativa<sup>4</sup>. Tali soggetti tratteranno i 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 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, e non sono soggetti a diffusione.

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 1 b), i dati personali saranno utilizzabili, nel rispetto della vigente normativa, fintantoché l'Interessato non abbia revocato il proprio consenso o comunque, anche in assenza di revoca espressa, decorsi due anni dal termine del contratto.

## 3 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](mailto: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).

## 4 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](mailto:privacy@rbmsalute.it) / [rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it](mailto:rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it)

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

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> Si tratta, in particolare, di 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 convenzionati 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).

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](mailto:direzionecommerciale@rbmsalute.it)  
[rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it](mailto:rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it)

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

---

RBM Assicurazione Salute S.p.A. - Socio Unico  
Capitale Sociale € 160.000.000 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).

