

**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 FI0053
Edizione 29/07/2019

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione

SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 25:

- SEZIONE I

-
- Glossario *da pag 1*

-
- Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 3*

-
- Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 5*

- SEZIONE II

-
- Capitolo 1- Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate e franchigie-
da pag. 8

-
- Capitolo 2 - Descrizione delle Prestazioni Assicurate - *da pag. 13*

-
- Capitolo 3 – Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione - *da pag. 19*

-
- Capitolo 4 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 20*

-
- Capitolo 5 - Livelli di servizio e penali – *da pag 24*

- 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 scadenze, 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: la persona fisica (che potrebbe anche essere diversa dal Contraente) 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.

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.

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

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

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

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: tutte le prestazioni indicate in un unico piano di cure redatto dal medico odontoiatra, inviate contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione odontoiatrica erogata, 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.

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.

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

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

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

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; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Modulo: una o più garanzie assicurative previste dalla Polizza.

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 in regime di assistenza diretta 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

Nucleo familiare: il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia.

Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati, i figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanente non inferiore a due terzi.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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.

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.

Struttura Convenzionata con RBM Assicurazione Salute: struttura ed equipe medica aderenti al Network.

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.

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; indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; indirizzo di posta elettronica certificata: 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'impresa¹

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 solvibilità²: 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 non 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).

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

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

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

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, 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 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde;
- via fax al numero 0422/062909;
- via mail all'indirizzo di posta elettronica 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. Info su: 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 assicura il pagamento delle spese sostenute dall'Assicurato durante l'operatività del presente contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio.

Tali spese sono pagate fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i 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

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.**

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;
 - qualora il Contraente avesse selezionato la rateazione del premio, la copertura assicurativa cessa al termine del periodo temporale per il quale era stata pagata l'ultima rata di premio e non sono dovute le rate di premio ulteriori. In tale caso, i massimali annui si intendono ridotti

in modo proporzionale all'effettivo periodo temporale di copertura, al termine del 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 prevede l'accesso esclusivamente in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute in Italia; pertanto la copertura assicurativa non vale per il Mondo intero.

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 premi 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.

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

Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie che verranno concordate per le singole Protezioni

N.B.: Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Persona e gli scoperti/franchigie per evento.

LIVELLO DI PROTEZIONE	BASE	ALTA	TOTALE
A) Prestazioni di Implantologia			
Massimale	Illimitato	Illimitato	Illimitato
Condizioni:			
in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute	franchigia € 1.080 per impianto	franchigia € 900 per impianto	franchigia € 720 per impianto
in Strutture non Convenzionate RBM Assicurazione Salute	NON PREVISTO	NON PREVISTO	NON PREVISTO
B) Avulsione (Estrazione denti)			
Massimale	Illimitato	Illimitato	Illimitato
Condizioni:			
in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute	franchigia € 40 per estrazione semplice, € 100 per estrazione complessa	franchigia € 35 per estrazione semplice, € 90 per estrazione complessa	franchigia € 25 per estrazione semplice, € 80 per estrazione complessa
in Strutture non Convenzionate RBM Assicurazione Salute	NON PREVISTO	NON PREVISTO	NON PREVISTO
C) Altre cure dentarie	Franchigia SOLO in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute		
CONSERVATIVA			
Sigillatura (per ogni dente)	€ 27,00	€ 24,75	€ 22,50
Cavità di 5ª classe di BLACK	€ 70,20	€ 64,35	€ 58,50
Cavità di 1ª classe di BLACK	€ 70,20	€ 64,35	€ 58,50
Cavità di 2ª classe di BLACK	€ 70,20	€ 64,35	€ 58,50
Cavità di 3ª classe di BLACK	€ 86,40	€ 79,20	€ 72,00
Cavità di 4ª classe di BLACK	€ 86,40	€ 79,20	€ 72,00
Incappucciamento della polpa	€ 39,96	€ 36,63	€ 33,30
Intarsio L.P. – Inlay od onlay	€ 270,00	€ 247,50	€ 225,00
Intarsio in ceramica	€ 324,00	€ 297,00	€ 270,00
Intarsio in composito	€ 216,00	€ 198,00	€ 180,00
Ricostruzione di angoli	€ 75,60	€ 69,30	€ 63,00

Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento	€ 135,00	€ 123,75	€ 112,50
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpale	€ 75,60	€ 69,30	€ 63,00
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 86,40	€ 79,20	€ 72,00
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 140,40	€ 128,70	€ 117,00
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 189,54	€ 173,75	€ 157,95
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 291,60	€ 267,30	€ 243,00
Ritrattamento monocalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 108,00	€ 99,00	€ 90,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 162,00	€ 148,50	€ 135,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 211,14	€ 193,55	€ 175,95
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	€ 313,20	€ 287,10	€ 261,00
CHIRURGIA			
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	€ 78,84	€ 72,27	€ 65,70
Apicectomia (compresa cura canalare)	€ 167,40	€ 153,45	€ 139,50
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	€ 108,00	€ 99,00	€ 90,00
Asportazione cisti mascellari	€ 279,72	€ 256,41	€ 233,10
Asportazione di epulide	€ 100,44	€ 92,07	€ 83,70
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	€ 140,40	€ 128,70	€ 117,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.	€ 223,56	€ 204,93	€ 186,30
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	€ 195,48	€ 179,19	€ 162,90
Frenulotomia o frenulectomia	€ 39,96	€ 36,63	€ 33,30
Biopsie (qualunque numero)	€ 56,16	€ 51,48	€ 46,80

PROTESICA			
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	€ 243,00	€ 222,75	€ 202,50
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile	€ 118,80	€ 108,90	€ 99,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	€ 918,00	€ 841,50	€ 765,00
Protesi totale immediata (per arcata)	€ 270,00	€ 247,50	€ 225,00
Gancio su scheletrato	€ 43,20	€ 39,60	€ 36,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	€ 162,00	€ 148,50	€ 135,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	€ 864,00	€ 792,00	€ 720,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	€ 64,80	€ 59,40	€ 54,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	€ 427,14	€ 391,55	€ 355,95
Corona in L.P. e ceramica integrale	€ 540,00	€ 495,00	€ 450,00
Corona protesica in ceramica integrale	€ 648,00	€ 594,00	€ 540,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	€ 54,00	€ 49,50	€ 45,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	€ 145,80	€ 133,65	€ 121,50
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	€ 64,80	€ 59,40	€ 54,00
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	€ 59,40	€ 54,45	€ 49,50
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	€ 172,80	€ 158,40	€ 144,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	€ 367,20	€ 336,60	€ 306,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	€ 204,12	€ 187,11	€ 170,10
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	€ 378,00	€ 346,50	€ 315,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	€ 59,40	€ 54,45	€ 49,50
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	€ 37,80	€ 34,65	€ 31,50
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	€ 75,60	€ 69,30	€ 63,00

Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	€ 21,60	€ 19,80	€ 18,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	€ 54,00	€ 49,50	€ 45,00
ORTOGNATODONZIA			
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno	€ 1.080,00	€ 990,00	€ 900,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	€ 745,20	€ 683,10	€ 621,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	€ 75,60	€ 69,30	€ 63,00
Bite notturno	€ 270,00	€ 247,50	€ 225,00
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA			
Levigatura delle radici/o courettage gengivale	€ 48,60	€ 44,55	€ 40,50
Profilassi dentale (lucidatura)	€ 27,00	€ 24,75	€ 22,50
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	€ 27,00	€ 24,75	€ 22,50
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	€ 21,60	€ 19,80	€ 18,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti) (	€ 129,60	€ 118,80	€ 108,00
Placca di svincolo	€ 234,36	€ 214,83	€ 195,30
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	€ 56,16	€ 51,48	€ 46,80
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	€ 189,00	€ 173,25	€ 157,50
Gengivectomia per dente	€ 54,00	€ 49,50	€ 45,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 200,88	€ 184,14	€ 167,40
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	€ 279,72	€ 256,41	€ 233,10
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	€ 108,00	€ 99,00	€ 90,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	€ 352,08	€ 322,74	€ 293,40
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	€ 419,04	€ 384,12	€ 349,20

Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	€ 468,72	€ 429,66	€ 390,60
Lembo gengivale semplice	€ 216,00	€ 198,00	€ 180,00
Lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti mucogengivali - per 4 denti	€ 280,80	€ 257,40	€ 234,00
DIAGNOSTICA			
Radiografia endorale (ogni due elementi)	€ 17,28	€ 15,84	€ 14,40
Radiografia endorale per arcate	€ 45,36	€ 41,58	€ 37,80
Bite wings	€ 21,60	€ 19,80	€ 18,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	€ 11,88	€ 10,89	€ 9,90
Ortopantomografia od ortopanoramica	€ 32,40	€ 29,70	€ 27,00
Teleradiografia	€ 45,36	€ 41,58	€ 37,80
Dentalscan 1 arcata	€ 195,48	€ 179,19	€ 162,90
Dentalscan 2 arcate	€ 279,72	€ 256,41	€ 233,10
Esame elettromiografico	€ 194,40	€ 178,20	€ 162,00
Esame Kinesiografico	€ 216,00	€ 198,00	€ 180,00
D) Prevenzione Odontoiatrica			
Condizioni:	1 volta/anno	1 volta/anno	1 volta/anno
in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute	al 100%	al 100%	al 100%
in Strutture non Convenzionate RBM Assicurazione Salute	NON PREVISTO	NON PREVISTO	NON PREVISTO
E) Emergenza Odontoiatrica			
Condizioni:	1 volta/anno	1 volta/anno	1 volta/anno
in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute	franchigia € 40 per evento	franchigia € 25 per evento	nessuna franchigia
in Strutture non Convenzionate RBM Assicurazione Salute	NON PREVISTO	NON PREVISTO	NON PREVISTO

CAPITOLO 2 - DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 23. Descrizione delle prestazioni assicurate

La Società assicura il pagamento delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato **durante l'operatività del presente Contratto, rese necessarie a seguito di malattia o infortunio ed effettuate esclusivamente in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute in Italia.**

Tali spese sono pagate fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nei singoli livelli di protezione (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva").

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE



A) Prestazioni di Implantologia

La garanzia opera nel caso di applicazione di uno o più impianti, senza alcuna limitazione dell'entità della liquidazione anche nel caso di effettuazione di più impianti da parte dell'Assicurato.

Rientrano in copertura il posizionamento dell'impianto, l'elemento provvisorio e il perno moncone relativi all'impianto/i.

Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti l'installazione dell'impianto/i.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assicurati.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all' Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute, lasciando a carico dell'Assicurato esclusivamente una franchigia fissa per ciascun impianto in relazione al livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva").**

Esempio livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Impianto osteointegrato € 1.600,00

Franchigia € 1.080,00

Prestazione autorizzata € 1.600,00 di cui € 520,00 a carico della Società e € 1.080,00 a carico dell'Assicurato

B) Avulsione (estrazione denti)

La Società provvede al pagamento delle prestazioni di avulsione (estrazione), senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento. **Ai fini liquidativi dovranno essere prodotte, alla struttura sanitaria presso la quale si effettua la prestazione, le radiografie e i referti radiografici precedenti e successivi l'effettuazione della prestazione.**

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assicurati.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute al netto di una franchigia fissa per ogni avulsione, a seconda della tipologia di estrazione (semplice/complessa) e in relazione al livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva")**.

Esempio livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di avulsione € 120,00

Franchigia estrazione semplice € 40,00

Prestazione autorizzata € 120,00 di cui € 80,00 a carico della Società e € 40,00 a carico dell'Assicurato

C) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute al netto delle franchigie previste in relazione al livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva")**.

Prestazione
CONSERVATIVA
Sigillatura (per ogni dente)
Cavità di 5 ^a classe di BLACK
Cavità di 1 ^a classe di BLACK
Cavità di 2 ^a classe di BLACK
Cavità di 3 ^a classe di BLACK
Cavità di 4 ^a classe di BLACK
Incappucciamento della polpa
Intarsio L.P. – Inlay od onlay
Intarsio in ceramica
Intarsio in composito
Ricostruzione di angoli
Ricostruzione del dente con ancoraggio a vite o a perno - ad elemento
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare
Endodonzia (prestazione ad un canale) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Endodonzia (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Endodonzia (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Endodonzia (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento monocalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)

Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)
CHIRURGIA
Intervento per flemmone delle logge perimascellari
Apicectomia (compresa cura canalare)
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento
Asportazione cisti mascellari
Asportazione di epulide
Intervento chirurgico preprotetico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance, de palato, ecc.
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)
Frenulotomia o frenulectomia
Biopsie (qualunque numero)
PROTESICA
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a impianti o a protesi definitiva rimovibile
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica
Protesi totale immediata (per arcata)
Gancio su scheletrato
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)
Corona protesica in L.N.P. e ceramica
Corona in L.P. e ceramica integrale
Corona protesica in ceramica integrale
Corona protesica provvisoria semplice in resina
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata
Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte

Riparazione di faccette in resina o ceramica
ORTOGNATODONZIA
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparecchio invisalign) per arcata per anno
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio
Bite notturno
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA
Levigatura delle radici/o courettage gengivale
Profilassi dentale (lucidatura)
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)
Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti) (
Placca di svincolo
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)
Gingivectomia (per quadrante come unica prestazione)
Gingivectomia per dente
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)
Lembo gengivale semplice
Lembi (liberi o pedunculati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti
DIAGNOSTICA
Radiografia endorale (ogni due elementi)
Radiografia endorale per arcate
Bite wings
Radiografia: per ogni radiogramma in più
Ortopantomografia od ortopantomorica
Teleradiografia
Dentalscan 1 arcata
Dentalscan 2 arcate
Esame elettromiografico
Esame Kinesiografico

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assicurati.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione e in relazione al livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva").**

Esempio livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Cavità di II classe Black € 170,00

Franchigia € 70,20

Prestazione autorizzata € 170,00 di cui € 99,80 a carico della Società e € 70,20 a carico dell'Assicurato

D) Prevenzione Odontoiatrica

La Società provvede al **pagamento di una visita specialistica e di una seduta di igiene orale professionale l'anno in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute, indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.** Le prestazioni previste, nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

- Ablazione del tartaro mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale;
- Visita specialistica odontoiatrica.

Restano invece a carico dell'Assicurato, se richieste, ulteriori prestazioni, quali, ad esempio, la fluorazione, la levigatura delle radici, la levigatura dei solchi, ecc.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

E) Pacchetto Emergenza Odontoiatrica

La Società provvede al pagamento delle seguenti prestazioni dentarie d'emergenza a seguito di infortunio, **massimo una volta l'anno in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute, indicate dalla Centrale Operativa.** L'Assicurato, previo invio del certificato di pronto soccorso, dovrà quindi avvalersi di Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute:

- Sigillatura (per ogni dente);
- Otturazione (qualsiasi tipo);
- Incappucciamento della polpa;
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento;
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

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

Massimale

La presente garanzia prevede un **massimale illimitato** in favore degli Assicurati.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato **vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute al netto di una franchigia fissa per ogni prestazione e in relazione al livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva").**

Esempio livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo della prestazione di Endodonzia (prestazione ad un canale) € 200,00

Franchigia € 86,40

Prestazione autorizzata € 200,00 di cui € 113,40 a carico della Società e € 86,40 a carico dell'Assicurato

Art. 24. Presenza di più coperture assicurative

Qualora l'Assicurato risulti già assicurato per le spese sanitarie anche presso un altro Assicuratore, Ente, Cassa o Fondo sanitario, la presente assicurazione opererà sempre a secondo rischio, cioè in eccedenza dei limiti previsti da altre Assicurazioni o contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse e Fondi integrativi sanitari per malattia o infortunio.

Il pagamento delle spese alle Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute avverrà per la parte di spesa rimasta eventualmente non coperta dall'altro Assicuratore, Ente, Cassa o Fondo, fino alla concorrenza del massimale previsto dalla presente Polizza, **in relazione al livello di Protezione prescelto (vedi Capitolo 1 "Scheda riassuntiva")** applicando le condizioni di polizza previste (franchigie).

CAPITOLO 3 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 25. 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. 26. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) le prestazioni sanitarie non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- 2) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;

- 3) 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 dall'art. 25 "Patologie pregresse" delle CDA;
- 4) tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resisi necessari prima della stipula della polizza;
- 5) tutte le prestazioni non espressamente previste dalla presente polizza;
- 6) le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
- 7) 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";
- 8) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 9) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese 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;
- 10) le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
- 11) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 12) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
- 13) 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;
- 14) 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;
- 15) le cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 16) controlli di routine e/o check-up, se non diversamente previsto;
- 17) infortuni causati dalla pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria, non dichiarata;
- 18) 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;
- 19) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 20) le conseguenze dirette od indirette di pandemie.

Art. 27. 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 26 "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. 28. 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.

Tutte le prestazioni odontoiatriche o cicli di cura/terapie iniziate in un determinato esercizio saranno imputate, fino a concorrenza, al massimale previsto per ciascuna garanzia in tale periodo di assicurazione, dal momento che la patologia oggetto di copertura ed il conseguente trattamento (sinistro) si sono verificati in tale esercizio. L'eventuale quota di spesa non assorbibile all'interno del massimale annuo rimarrà a carico dell'Assicurato.

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 esemplificativo franchigie, scoperti).

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'interlocazione 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.**

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.

- **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 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 immediata entro un massimo di 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza (l'Assicurato non dovrà più attendere il decorso di ulteriori 7 giorni di calendario dalla richiesta) tramite la propria Area Riservata o l'App Mobile, senza necessità di allegare nuovamente la documentazione già trasmessa. Diversamente, trascorsi i predetti 7 giorni dalla scadenza del voucher, l'Assicurato dovrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, riallegando integralmente la documentazione necessaria. 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 (ad 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).

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®.

Restano a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle presenti condizioni di assicurazione (a titolo esemplificativo franchigie e scoperti).

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) 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.

c) 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.

d) 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 (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dalla Condizioni di Assicurazione).

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,).

b) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di prestazioni odontoiatriche in Strutture Convenzionate RBM Assicurazione Salute 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.**

Art. 29. Documentazione integrativa

Ai fini del riconoscimento dei pagamenti come previsto dall'art. 28 "Oneri in caso di Sinistro" delle CDA, la Società si riserva inoltre il diritto di richiedere:

- eventuale ulteriore documentazione medica;
- esami radiografici eseguiti, per motivi clinici, prima o durante le cure (riportanti data di esecuzione e nome dell'Assicurato);
- fotografie occlusali delle arcate dentarie;
- esecuzione di visita medica di controllo presso uno studio convenzionato con il Network, diverso da quello del medico odontoiatra che ha eseguito le cure.

CAPITOLO 5 - LIVELLI DI SERVIZIO E PENALI

Art. 30. 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.

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'0,1% dell'ammontare della franchigia a suo carico. Tale importo sarà direttamente ridotto in fase di autorizzazione e scontato a beneficio dell'Assicurato in occasione del pagamento della franchigia presso il Dentista Convenzionato.

ESEMPIO:

Caso 1:

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

Ammontare della franchigia a carico dell'Assicurato: € 960,00;

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 della franchigia a carico dell'Assicurato: € 960,00;

Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 1,92 da scontare in occasione del pagamento della franchigia presso la Struttura Sanitaria Convenzionata, 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 della franchigia a carico dell'Assicurato: € 960,00;

Penale in favore dell'Assicurato: sarà riconosciuta la penale di importo pari a € 7,68 da scontare in occasione del pagamento della franchigia presso la Struttura Sanitaria Convenzionata, in quanto la data di emissione del VoucherSalute® risulta con 8 giorni di calendario 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. 24 | Presenza di più coperture assicurative |
| Art. 25 | Patologie pregresse |
| Art. 26 | Esclusioni |
| Art. 27 | Persone non assicurabili |
| Art. 28 | Oneri in caso di Sinistro |
| Art. 29 | Documentazione integrativa |

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 sensibili¹, 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 parte²;
- 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 (*FeeelUp* 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.

¹ Per dati "sensibili" si intendono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona, che il GDPR indica all'Art. 9 come "categorie particolari di dati personali".

² Ad esempio per disposizioni 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 soggetti³, 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 assicurativa⁴. 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, 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 / rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

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

³ Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ 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 consorzi 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
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 - E-Mail: info@rbmsalute.it; 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).

