

AEC FULL MEDICAL 2.0

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

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- a) Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
- b) Condizioni di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente la
Nota Informativa**

Edizione 04/03/2015

RBM Assicurazione Salute S.p.A. - Socio Unico



NOTA INFORMATIVA

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

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

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

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

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2016

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

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione, a seconda della scelta manifestata dal Contraente e riportata nel certificato di polizza, ha una durata di:

- 1 anno, oppure
- 3 anni, oppure
- 5 anni,

a partire dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio (vedi art. 3 "Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio" dell'Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche definite CGA).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede, a seconda del livello di Protezione prescelto, il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per prestazioni ospedaliere (Ricoveri, ecc.), e prestazioni extraospedaliere, ossia Alta diagnostica e Diagnostica strumentale standard, Visite specialistiche/Accertamenti, Cure dentarie, Lenti/occhiali (vedi art. 14 "Oggetto dell'Assicurazione" delle CGA e l'Allegato n.1 "Schede riassuntive").

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

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

Avvertenza:

- a) la copertura **NON** include gli infortuni e le malattie preesistenti alla stipula della polizza (vedi art. 16 “Esclusioni” delle CGA). Pertanto non sono incluse in assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.
- b) prevede esclusioni (vedi art. 16 “Esclusioni” delle CGA); esistono, per esempio, prestazioni espressamente non rimborsabili e/o degli stati del Contraente che determinano l’esclusione dell’obbligo della Società di rimborsare le spese sostenute e/o richieste.
- c) prevede cause di non assicurabilità (vedi art. 17 “Persone non assicurabili” delle CGA); pertanto, in alcuni casi la Società non potrà accogliere la richiesta di sottoscrizione del contratto di assicurazione. Come previsto dalla normativa vigente in materia, nel caso in cui la Società riceva una proposta assicurativa inadeguata, lo comunica al potenziale Assicurato.

Fascia Standard – Protezione “Base”

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie (vedi anche art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” delle CGA e l’Allegato n.1 “Schede riassuntive”). Ad esempio, se il massimale della garanzia Ospedaliera è di € 150.000,00 per persona, il totale degli indennizzi in un anno non può superare tale importo.

Fascia Standard – Protezione “Plus”

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie (vedi anche art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” delle CGA e l’Allegato n.1 “Schede riassuntive”). Ad esempio, se il massimale della garanzia Ospedaliera è di € 200.000,00 per persona, il totale degli indennizzi in un anno non può superare tale importo.

Fascia Alta – Protezione “Base”

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie (vedi anche art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” delle CGA e l’Allegato n.1 “Schede riassuntive”). Ad esempio, se il massimale della garanzia Ospedaliera è di € 250.000,00 per persona, il totale degli indennizzi in un anno non può superare tale importo.

Fascia Alta – Protezione “Plus”

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie (vedi anche art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” delle CGA e l’Allegato n.1 “Schede riassuntive”). Ad esempio, se il massimale della garanzia Ospedaliera è di € 350.000,00 per persona, il totale degli indennizzi in un anno non può superare tale importo.

Fascia Alta – Protezione “Top”

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie (vedi anche art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” delle CGA e l’Allegato n.1 “Schede riassuntive”). Ad esempio, se il massimale della garanzia Ospedaliera è di € 500.000,00 per persona, il totale degli indennizzi in un anno non può superare tale importo.

Avvertenza: La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” delle CGA e l’Allegato n.1 “Schede riassuntive”).

Per franchigia si intende la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell’Assicurato.

Per scoperto, invece, si intende la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell’Assicurato.

Ad esempio:

- a) in caso di acquisto della Fascia Standard – Protezione “Base” per un ricovero ospedaliero, se l’Assicurato deve sottoporsi in assistenza diretta ad “Intervento su anca e con impianto

di protesi non conseguente a trauma” per un costo complessivo di € 28.000, la Società pagherà alla struttura convenzionata € 28.000 e l’Assicurato non dovrà pagare alcuna cifra dal momento che in assistenza diretta è previsto il rimborso al 100%.

- b) in caso di acquisto della Fascia Alta – Protezione “Base” per una prestazione extraospedaliera, se l’Assicurato deve sottoporsi ad una “Visita dermatologica” in assistenza diretta, a fronte di un costo totale di € 100, la Società pagherà alla struttura convenzionata € 50 e l’Assicurato dovrà pagare € 50 (poiché è prevista l’applicazione di uno scoperto pari al 20% con un minimo di € 50,00 per prestazione).

Avvertenza: sono previsti limiti massimi di età assicurabile (vedi art. 17 “Persone non assicurabili” delle CGA). Pertanto, chi ha compiuto una determinata età, non potrà essere assicurato.

4. 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 rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute (vedi art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” delle CGA; in caso di mancato pagamento di una rata di premio, vedi anche art. 3 “Decorrenza dell’assicurazione – Pagamento del premio” e art. 4 “Tacito rinnovo” delle CGA). 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 garanzia e tipologia di evento; pertanto, a seconda delle prestazioni eseguite, il periodo di carenza potrà avere diversa durata.

Esempio:

- a) Ipotizziamo che il contratto assicurativo sia stato sottoscritto il 01/09/2014.

L’Assicurato che, in data 15/09/2014, si sia sottoposto ad “Intervento su anca e con impianto di protesi non conseguente a trauma” in clinica privata non avrà diritto al rimborso in quanto è prevista una carenza di 30 giorni.

- b) Ipotizziamo che il contratto assicurativo sia stato sottoscritto il 01/09/2014.

L’Assicurato che, in data 15/10/2014, si sia sottoposto ad “Intervento su anca e con impianto di protesi non conseguente a trauma” in clinica privata avrà diritto al rimborso nei termini di polizza.

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

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

Avvertenza: il rifiuto del Contraente di fornire informazioni utili alla Società per valutare l’adeguatezza del contratto in relazione alle esigenze assicurative nonché la propensione al rischio del Contraente pregiudica la capacità della Società stessa di individuare il contratto adeguato alle sue esigenze.

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario (si tratta di un questionario che di solito il Contraente deve compilare prima della stipula di un contratto di assicurazione come il presente, con il quale dichiara tutti gli infortuni e le malattie pregresse e che serve all’assicuratore per valutare il rischio e stabilirne le condizioni di assicurabilità).

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L’Assicurato deve dare comunicazione scritta all’impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio (vedi art. 1 “Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio” delle CGA).

Ad esempio, in caso di trasferimento della residenza si può verificare un aggravamento del rischio che va comunicato.

7. Premi

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

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

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

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

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

- estensione della copertura ad altri assicurati;
- età dell'Assicurato;
- durata del contratto di assicurazione.

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 altri Assicurati 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.

Nel caso di estensione della copertura ad altri Assicurati, sono previste le seguenti riduzioni rispetto al premio applicato per il singolo acquisto del contratto:

- riduzione del 5% per il secondo Assicurato;
- riduzione del 10% per il terzo Assicurato;
- riduzione del 15% con più di tre Assicurati;

Lo sconto è riferito al singolo Assicurato e la percentuale più bassa si applica all'Assicurato con un premio più alto.

Il Contraente/Assicurato è considerato sempre come Primo Assicurato.

Relativamente ai contratti di durata poliennale (tre o cinque anni), si segnala che, conformemente a quanto previsto dall'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.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

9. Diritto di recesso

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

Avvertenza: Il Contraente ha sempre la facoltà di disdire annualmente dal contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della polizza (vedi art. 4 "Tacito rinnovo" delle CGA).

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

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

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

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

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale

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

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

13. Trasmissione della documentazione

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

Il Contraente ha diritto di scegliere di ricevere e di trasmettere su supporto cartaceo o su altro supporto durevole tutta la documentazione inerente il contratto di assicurazione (anche quella precontrattuale), nonché ogni comunicazione ad esso relativa.

Al di là della scelta effettuata, il Contraente può in ogni caso richiedere in ogni tempo, senza oneri aggiuntivi, di ricevere documenti e comunicazioni su supporto cartaceo.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: la data del sinistro è quella in cui si è verificato il ricovero, anche in regime di Day Hospital, o se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico ambulatoriale. In caso di prestazioni extraospedaliere, la data del sinistro è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società non appena l'Assicurato o i suoi aventi diritto non appena ne abbiano la possibilità; la Società può richiedere che l'Assicurato sia visitato da un proprio fiduciario, ovvero un consulente individuato dalla Società (vedi art. 18 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA).

15. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi art. 18 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA). In questi casi, l'Assicurato dovrà pagare solo eventuali spese che il contratto stabilisce rimangano a suo carico (ad esempio franchigia e/o scoperto), senza quindi dover anticipare l'intero importo della prestazione, come invece accade nel regime rimborsuale.

Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione.

Ad esempio, in caso di bisogno di una visita dermatologica (se prevista dal livello di Protezione prescelto) basterà contattare la Centrale Operativa e chiedere di essere autorizzati a riceverla presso una delle strutture appartenenti al circuito di strutture convenzionate.

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

16. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Ufficio Gestione Reclami – Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909 , o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it

Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) – Servizio Tutela Utenti - Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma oppure inviare fax ai numeri 06-42133745 o 06-42133353, corredando l'esposto con la seguente documentazione:

- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

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.

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.

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

17. Foro Competente

Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente (vedi art. 11 "Foro competente" delle CGA).

18. Arbitrato

Non è previsto arbitrato.

Per arbitrato si intende un metodo alternativo di risoluzione delle controversie (cioè senza ricorso ad un procedimento giudiziario) per la soluzione di controversie civili e commerciali, svolta mediante l'affidamento di un apposito incarico ad uno o più soggetti terzi rispetto alla controversia, detti arbitri.

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti devono effettuare 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. Il Contraente dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde, Preganziol (Treviso) oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it

Avvertenza: qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.
Per i dettagli si rinvia all'art. 12 "Controversie: mediazione" delle CGA.

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



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

Il rappresentante legale

GLOSSARIO

Assistito o 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.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da professionista sanitario fornito di specifica qualifica (diploma di infermiere). Sono esclusi tutti coloro che non siano in possesso di tale qualifica.

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

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

Centrale Operativa o Call Center: 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.

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.

Convalescenza: periodo dopo la dimissione dall'istituto di cura che comporti una inabilità temporanea totale.

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 progressivo 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 (anche per più patologie)
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.

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

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

Grandi Interventi (GI): gli interventi chirurgici elencati nell'Allegato n.3 "Elenco Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi".

Grandi Eventi Morbosi (GEM): le malattie elencate nell'Allegato n.3 "Elenco Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi".

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.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime di ricovero, in

favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

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.

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).

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.

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 Salute. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet 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.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni miste: prestazioni mediche eseguite presso strutture convenzionate, ma da professionisti non convenzionati.

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).

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) e anche la permanenza in Day Hospital/Day Surgery.

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

Società: RBM Salute S.p.A.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA (Condizioni Generali di Assicurazione) fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

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 eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, 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. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse 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.

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

-
- SEZIONE I
-

- Condizioni Generali di Assicurazione
 - Descrizione delle Prestazioni Assicurate
 - Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione
 - Liquidazione dell'indennizzo
-

- SEZIONE II
-

- Servizi aggiuntivi Previmedical
-

- ALLEGATI
-

1. Schede riassuntive
 2. Elenco delle prestazioni odontoiatriche
 3. Elenco Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi
 4. Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
 5. Informativa relativa alle aree web riservate attivate ai sensi del Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013
-

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

Polizza Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

AEC[®]



Sezione I

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1 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.

Art.2 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.3 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno successivo della data di sottoscrizione salvo buon fine (SBF) dell'incasso del premio o della prima rata di premio; si precisa che il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assicurato si avvalga di uno o più professionisti o degli Istituti convenzionati con il Network 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 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. In questo caso il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie non è riconosciuto dalla Società fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

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

In caso di pagamento dei premi successivo al 16° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa previsti 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 ad altri Assicurati;
- età dell'Assicurato;
- durata del contratto di assicurazione.

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 altri Assicurati 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.

Nel caso di estensione della copertura ad altri Assicurati, sono previste le seguenti riduzioni rispetto al premio applicato per il singolo acquisto del contratto:

- riduzione del 5% per il secondo Assicurato;
- riduzione del 10% per il terzo Assicurato;
- riduzione del 15% con più di tre Assicurati;

Lo sconto è riferito al singolo Assicurato e la percentuale più bassa si applica all'Assicurato con un premio più alto.

Il Contraente/Assicurato è considerato sempre come primo Assicurato.

Relativamente ai contratti di durata poliennale (tre o cinque anni), si segnala che, conformemente a quanto previsto dall'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.

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.

Art.4 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.

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

In caso di pagamento dei premi successivo al 16° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa previsti dal paragrafo "Carenza" delle successive garanzie.

Art.5 Estensione Territoriale

La polizza è valida per gli Assicurati residenti in Italia.

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.6 Forma delle Comunicazioni

Il Contraente e la Società accettano reciprocamente e preventivamente il consenso ad adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza (ad esempio mail/fax, ecc.).

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

Art.7 Obblighi di consegna documentale

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

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

Art.8 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.9 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.10 Imposte

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.11 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.12 Controversie: mediazione

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

Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Contraente dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. L'Organismo deve aver sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

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

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

Art.13 Rinvio alle Norme di Legge

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

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art.14 Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato durante l'operatività del presente contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) RICOVERI CON O SENZA INTERVENTO, DAY HOSPITAL, DAY SURGERY, INTERVENTI AMBULATORIALI, PARTO FISILOGICO, PARTO CESAREO/ABORTO TERAPEUTICO

La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per ricoveri resi necessari da malattia o da infortunio; interventi chirurgici, anche ambulatoriali, resi necessari da malattia o da infortunio; parto o aborto (escluso l'aborto volontario) comportanti ricovero nonché tutte le malattie derivanti e/o conseguenti, entro i limiti massimi previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati nei giorni precedenti al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato; si precisa che le spese sostenute per materiale protesico e presidi terapeutici verranno riconosciute con l'applicazione di un scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo;
- sono riconosciute le spese sostenute per l'utilizzo di Robot solo se fatturate dalla Casa di Cura;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente. Nel caso di richiesta di rimborso (e quindi nel caso in cui il ricovero non sia stato autorizzato nell'ambito del Network di strutture convenzionate), la presente garanzia è prestata nel limite massimo di € 300 al giorno;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali (solo in caso di intervento chirurgico), le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi praticati presso i Centri Medici solo in caso di intervento chirurgico, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati nei giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo

equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

Trapianti

In caso di trapianto, verranno solamente riconosciute le spese relative all'Assicurato quale ricevente dell'organo trapiantato.

Sono escluse comunque tutte le spese connesse alla donazione di organi, sia da parte dell'Assicurato che da parte di terzi.

Degenza in regime di Day Hospital

In caso di Day Hospital la Società provvede al rimborso delle seguenti spese: accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, l'assistenza medica, le rette di degenza, le cure, i medicinali durante la sola degenza.

Nel caso in cui vi sia intervento chirurgico, sono compresi anche gli accertamenti diagnostici e gli onorari medici sostenuti nei giorni precedenti e successivi alla degenza stessa.

Rette di degenza dell'Accompagnatore

La Società provvede al rimborso delle spese per vitto e pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato, debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc).

Trasporto sanitario

La Società provvede al rimborso delle spese per il trasporto dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro, esclusivamente in treno, aereo o ambulanza, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanza.

La presente garanzia è prestata con un massimale per evento in relazione al livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Tutti gli interventi chirurgici con limiti massimi o sub massimali includono anche gli interventi concomitanti, se riferiti alla stessa branca medica. In particolare:

- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ed effettuabili attraverso la medesima via d'accesso, sono compresi nel sub-massimale o plafond presente in polizza, ove previsti;
- gli interventi concomitanti effettuati nella medesima seduta operatoria ma con diversa via d'accesso sono rimborsabili al 50% in misura proporzionale alla complessità dell'intervento concomitante rispetto all'intervento principale.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA

Qualora l'Assicurato non richieda alcun rimborso per spese sostenute durante il ricovero, la Società corrisponde un'indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi. L'importo dell'indennità giornaliera è indicato in allegato secondo il livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive"). In caso di Day Hospital l'importo è ridotto al 50%.

Ai fini del calcolo dei giorni, in caso di ricovero con pernottamento, il primo e l'ultimo giorno sono considerati come un unico giorno.

La Società rimborsa le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni descritte al punto "Prima del ricovero" e "Dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero. In caso di Day Hospital vale quanto previsto dal paragrafo "Degenza in regime di day-hospital".

C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE

L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché risulti assicurata la madre e a condizione che il parto sia avvenuto trascorsi 300 giorni dalla data di effetto della polizza. L'Assicurazione si intende prestata entro i primi 2 mesi dalla nascita.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza:

- di 30 giorni per i ricoveri di cui alla precedente lettera A) "Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico/Cesareo";
- per i casi di parto e patologie del puerperio e per i ricoveri di cui alla precedente lettera C) "Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite", fino al 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di carenza di cui sopra operano:

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

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali e sub-massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di franchigie e/o scoperti in base al livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sono rimborsati al 100%.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

D) ALTA DIAGNOSTICA E DIAGNOSTICA STRUMENTALE STANDARD

La Società rimborsa le spese sostenute per le prestazioni di seguito indicate:

Alta diagnostica

- diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- RMN
- TAC (con o senza mezzo di contrasto)
- medicina nucleare (scintigrafie, radionefrogramma, ecc.)
- coronarografia
- ecocolordoppler (vasi, cuore, ecc.)

- elettrocardiogramma sotto sforzo
- ecografia con sonda transviscerale (transesofagea, transvaginale, transrettale)
- esami endoscopici anche se comprendenti biopsia
- esami Istologici
- amniocentesi e villocentesi (in presenza di anomalia del feto conosciuta o sospetta oppure gestante oltre i 35 anni di età)

Diagnostica strumentale standard

- diagnostica radiologica standard (mammografia, telecuore, ecc.)
- ecografia (internistica, ginecologica, tessuti molli)
- elettrocardiografia, ECG Holter, monitoraggio 24H della pressione arteriosa
- elettroencefalografia
- elettromiografia
- uroflussometria
- MOC (densitometria ossea)

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 150 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate lasciando a carico dell'Assicurato gli scoperti e le franchigie previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sono rimborsati al 100%.

E) VISITE SPECIALISTICHE/ACCERTAMENTI

La Società provvede al pagamento delle seguenti spese conseguenti a malattia o a infortunio:

- visite specialistiche ed accertamenti diagnostici con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche e delle prestazioni elencate alla lettera D) "Alta diagnostica e diagnostica strumentale standard";
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi solo se praticati presso Centri Medici;
- noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- agopuntura purché praticata da medico;
- assistenza infermieristica domiciliare prescritta da medico con il limite di € 36 al giorno ed il massimo di € 500 per anno e per polizza (ove prevista).

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 150 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate lasciando a carico dell'Assicurato gli scoperti e le franchigie previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sono rimborsati al 100%.

F) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese sanitarie odontoiatriche sostenute esclusivamente per le prestazioni riportate nell'Allegato n.2 "Elenco delle prestazioni odontoiatriche" suddivise nelle seguenti quattro classi secondo la complessità:

- igiene e prevenzione;
- cure di I livello;
- cure di II livello;
- cure di III livello.

Visita odontoiatrica annuale di controllo e prevenzione

La Società provvede al pagamento di una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08) una volta all'anno, nei limiti previsti dall'Allegato n.2 "Elenco delle prestazioni odontoiatriche".

Inoltre, per ciascun Assicurato di età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità della polizza.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

La garanzia decorre:

- per le cure di I livello: carenza di 3 mesi, poi da 3 a 6 mesi rimborso 50% dell'importo rimborsabile, oltre i 6 mesi 100%;
- per le cure di II livello: carenza di 3 mesi, poi da 3 a 6 mesi rimborso 30% dell'importo rimborsabile, da 6 a 12 mesi 60% dell'importo rimborsabile, oltre i 12 mesi 100%;
- per le cure di III livello: carenza di 6 mesi, poi da 6 a 12 mesi rimborso 30% dell'importo rimborsabile, da 12 a 24 mesi 60% dell'importo rimborsabile, oltre i 24 mesi 100%.

Non è prevista carenza per l'igiene e la prevenzione.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate entro i limiti previsti dall'Allegato n.2 "Elenco delle prestazioni odontoiatriche".

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sono rimborsati al 100%.

G) LENTI/OCCHIALI

La garanzia opera nel caso di acquisto di lenti per occhiali, montature, lenti a contatto (escluse le "usa e getta") nonché protesi sostitutive oculari, a seguito di modifica visus certificata da medico oculista, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 150 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate lasciando a carico dell'Assicurato gli scoperti e le franchigie previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive").

Art.15 Presenza di più coperture assicurative

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

Il rimborso avverrà per la parte di spesa rimasta eventualmente scoperta dopo la conclusione della pratica del rimborso prioritariamente richiesto all'altro Assicuratore, Ente, Cassa o Fondo fino alla concorrenza del massimale previsto dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive") applicando le condizioni di polizza previste (franchigie, scoperti e massimali).

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

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art.16 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 terzo mese 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), salvo quanto previsto dalla garanzia "Cure dentarie";
- 12) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quanto previsto dalla garanzia C) "Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite";
- 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, salvo quanto previsto alla lettera E) "Visite specialistiche/accertamenti" riguardo all'agopuntura manu medica;
- 15) le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. dell'8/11/91 e successive modifiche) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;
- 16) ricoveri in lungodegenza;
- 17) 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;
- 18) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
- 19) 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;
- 20) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel paragrafo "Dopo il ricovero" della garanzia descritta alla lettera A) "Ricoveri con o senza intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi ambulatoriali, Parto fisiologico, Parto cesareo/Aborto terapeutico";
- 21) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 22) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- 23) 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;
- 24) ricoveri impropri;
- 25) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
- 26) le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza;

- 27) i parafarmaci e i medicinali non compresi nella categoria “medicinali” dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici;
- 28) le operazioni navali, militari, aeronautiche;
- 29) le applicazioni di carattere estetico;
- 30) le cure omeopatiche ed omeopatia in genere;
- 31) ogni conseguenza di anoressia e bulimia.

Art.17 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 70 anni. Per gli Assicurati che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla scadenza del contratto, salvo specifica deroga.

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 dalle esclusioni.

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

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art.18 Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente/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.

Qualora l'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.

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.

In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assicurato è obbligato a comunicare alla Compagnia il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

Si precisa che qualora l'Assicurato intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico convenzionato e/o un odontoiatra convenzionato (se previste le cure dentarie) ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta. Qualora l'Assistito richieda il rimborso di spese mediche e/o odontoiatriche (se previste le cure dentarie) per prestazioni ricevute in strutture convenzionate e/o da medici e/o dentisti convenzionati per se stesso e/o per il proprio nucleo familiare, tale rimborso avverrà con l'applicazione degli scoperti e delle franchigie previste per le prestazioni fuori Network.

a) Pagamento indiretto – Rimborso all'Assicurato

La Società rimborsa a cura ultimata, con la presentazione in fotocopia delle fatture o delle ricevute di pagamento, nonché da:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, nel caso delle garanzie extraospedaliere;
- 3) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio. In caso di cure dentarie da infortunio (se previste dal livello di Protezione prescelto) le stesse dovranno essere adeguate alle lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente provato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
- 4) certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se prevista dal livello di Protezione prescelto), 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 e la copia delle bustine delle lenti acquistate.

Per i trattamenti odontoiatrici di lunga durata (maggiore di 1 anno), e comunque per tutti i trattamenti in cui il preventivo di spesa sia superiore a € 1.000,00, per ottenere il rimborso previsto dall'Allegato n.2 "Elenco delle prestazioni odontoiatriche" l'Assicurato dovrà presentare annualmente la certificazione suddetta con l'indicazione completa di:

- piano di cure inizialmente previsto, con il dettaglio delle prestazioni da eseguire, redatto dal medico odontoiatra;
- certificazione medica con il dettaglio delle prestazioni eseguite durante l'annualità corrente;
- date di esecuzione;
- aggiornamento del trattamento rispetto al piano delle cure presentato nell'annualità assicurativa precedente.

Al termine della cura, l'Assicurato dovrà presentare la certificazione di fine cura, compilata dal medico odontoiatra completa delle eventuali variazioni rispetto al piano delle cure presentato inizialmente.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato.

Per poter richiedere il rimborso, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da un medico o un infermiere (ovvero personale specializzato), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, 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.

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

b) Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assicurato si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti fornitori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Quanto detto sopra vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 giorni per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. L'Assicurato dovrà quindi attivarsi con adeguato anticipo per consentire alla Centrale Operativa di dare la risposta entro i suddetti termini.

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

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

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

Restano a carico dell'Assicurato le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in polizza nonché le prestazioni non garantite dalle convenzioni suddette.

L'elenco delle strutture convenzionate, la tipologia e le modalità di erogazione dei servizi prestati e la relativa modulistica sono disponibili sul sito www.rbmsalute.it

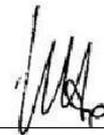
Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre e post di un ricovero seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso

conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero.

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di pagamento diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, 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 all'istituto di cura se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Preganziol, 4 marzo 2015



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

Il rappresentante legale

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

- Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
- Art. 2 Altre assicurazioni/coperture
- Art. 3 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio
- Art. 4 Tacito Rinnovo
- Art. 6 Forma delle comunicazioni
- Art. 15 Presenza di più coperture assicurative
- Art. 16 Esclusioni
- Art. 17 Persone non assicurabili
- Art. 18 Oneri in caso di Sinistro

Sezione II

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

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 avviando 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, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli 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. SERVIZIO CARD

Qualora l'Assicurato intenda utilizzare una struttura convenzionata senza accedere al regime di pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Schede riassuntive") oppure non rimborsabili ai sensi di polizza per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli Assicurati, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli Assicurati titolari della card sono meno vantaggiose del tariffario applicato al regime diretto.

ALLEGATO 1 – SCHEDE RIASSUNTIVE

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

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

FASCIA STANDARD – PROTEZIONE BASE

Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
OSPEDALIERE	
Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Massimale Condizioni: <p style="text-align: right;"><i>In Network</i> <i>Fuori Network</i></p> <p style="text-align: right;"><i>Misto</i></p>	€ 150.000 previsto al 100% scoperto 20% minimo € 500 per evento - il minimo è ridotto ad € 250 in caso di Intervento Ambulatoriale e Day Hospital per le spese In Network e Fuori Network valgono le condizioni sopra descritte
Sub-massimale omnicomprensivo per parto: Parto Fisiologico Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Indennità Sostitutiva	€ 1.500 € 3.000 € 100 al giorno - massimo 300 giorni per il Day Hospital l'indennità è ridotta al 50% come da Allegato n.3
Grandi Interventi (GI) e Gravi Eventi Morbosi (GEM) Condizioni: <p style="text-align: right;"><i>In Network</i> <i>Fuori Network</i></p>	previsto al 100% scoperto 20% minimo € 500 massimo € 6.000 per evento
Pre/Post	90 giorni / 90 giorni
Limite retta di degenza Fuori Network	€ 300 al giorno
Accompagnatore	€ 50 al giorno - massimo 50 giorni
Trasporto	€ 2.000
EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica e Diagnostica Strumentale Standard Massimale Condizioni Ticket	da elenco € 2.000 scoperto 20% minimo € 60 per evento previsti al 100%

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

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

FASCIA STANDARD – PROTEZIONE PLUS

Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
OSPEDALIERE	
Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Massimale Condizioni: <p style="text-align: right;"><i>In Network</i> <i>Fuori Network</i></p>	€ 200.000 previsto al 100% scoperto 20% minimo € 500 per evento - il minimo è ridotto ad € 250 in caso di Intervento Ambulatoriale e Day Hospital per le spese In Network e Fuori Network valgono le condizioni sopra descritte
Sub-massimale omnicomprensivo per parto: Parto Fisiologico Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Indennità Sostitutiva	€ 2.000 € 4.000 € 150 al giorno - massimo 300 giorni per il Day Hospital l'indennità è ridotta al 50% come da Allegato n.3
Grandi Interventi (GI) e Gravi Eventi Morbosi (GEM) Condizioni: <p style="text-align: right;"><i>In Network</i> <i>Fuori Network</i></p>	previsto al 100% scoperto 20% minimo € 500 massimo € 6.000 per evento
Pre/Post	90 giorni / 90 giorni
Limite retta di degenza Fuori Network	€ 300 al giorno
Accompagnatore	€ 70 al giorno - massimo 50 giorni
Trasporto	€ 2.000
EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica e Diagnostica Strumentale Standard Massimale Condizioni Ticket	da elenco € 2.500 scoperto 20% minimo € 60 per evento previsti al 100%
Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale Condizioni Assistenza infermieristica domiciliare (sub-massimale) Ticket	€ 2.000 scoperto 20% minimo € 60 per evento max. € 36 al giorno, max. € 500 anno/polizza previsti al 100%

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

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

FASCIA ALTA – PROTEZIONE BASE

Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
OSPEDALIERE	
Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Massimale Condizioni:	€ 250.000 previsto al 100% scoperto 20% minimo € 500 per evento - il minimo è ridotto ad € 250 in caso di Intervento Ambulatoriale e Day Hospital per le spese In Network e Fuori Network valgono le condizioni sopra descritte
Sub-massimale omnicomprensivo per parto: Fisiologico Cesareo/Aborto Terapeutico	€ 2.500 € 5.000
Grandi Interventi (GI) e Gravi Eventi Morbosi (GEM) Condizioni:	come da Allegato n.3 previsto al 100% scoperto 20% minimo € 500 massimo € 6.000 per evento
Indennità Sostitutiva	€ 100 al giorno - massimo 300 giorni per il Day Hospital l'indennità è ridotta al 50%
Pre/Post	90 giorni /90 giorni
Limite retta di degenza Fuori Network	€ 300 al giorno
Accompagnatore	€ 70 al giorno - massimo 50 giorni
Trasporto	€ 3.000
EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica e Diagnostica Strumentale Standard Massimale Condizioni Ticket	da elenco € 3.000 scoperto 20% minimo € 50 per evento previsti al 100%
Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale Condizioni Assistenza infermieristica domiciliare (sub-massimale) Ticket	€ 3.000 scoperto 20% minimo € 50 per evento max. € 36 al giorno, max. € 500 anno/polizza previsti al 100%
Dentarie (con pacchetto prevenzione) Massimale Condizioni Ticket	€ 2.000 come da Allegato n.2 previsti al 100%
Lenti/Occhiali Massimale Condizioni Ticket	€ 250 franchigia € 30 per evento previsti al 100%

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

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

FASCIA ALTA – PROTEZIONE PLUS

Garanzie	Massimali/Sub-massimali (Anno/Persona) – scoperti e franchigie
OSPEDALIERE	
Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Massimale Condizioni:	€ 350.000 previsto al 100% scoperto 20% minimo € 500 per evento - il minimo è ridotto ad € 250 in caso di Intervento Ambulatoriale e Day Hospital per le spese In Network e Fuori Network valgono le condizioni sopra descritte
<i>In Network</i> <i>Fuori Network</i> <i>Misto</i>	
Sub-massimale omnicomprensivo per parto Parto Fisiologico Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Grandi Interventi (GI) e Gravi Eventi Morbosi (GEM) Condizioni:	€ 3.000 € 6.000 come da Allegato n.3
<i>In Network</i> <i>Fuori Network</i>	previsto al 100% scoperto 20% minimo € 500 massimo € 6.000 per evento
Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno - massimo 300 giorni per il Day Hospital l'indennità è ridotta al 50%
Pre/Post	90 giorni /90 giorni
Limite retta di degenza Fuori Network	€ 300 al giorno
Accompagnatore	€ 100 al giorno - massimo 50 giorni
Trasporto	€ 3.500
EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica e Diagnostica Strumentale Standard Massimale Condizioni Ticket	da elenco € 4.000 scoperto 20% minimo € 50 per evento previsti al 100%
Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale Condizioni Assistenza infermieristica domiciliare (sub-massimale) Ticket	€ 4.000 scoperto 20% minimo € 50 per evento max. € 36 al giorno, max. € 500 anno/polizza previsti al 100%
Dentarie (con pacchetto prevenzione) Massimale Condizioni Ticket	€ 3.000 come da Allegato n.2 previsti al 100%
Lenti/Occhiali Massimale Condizioni Ticket	€ 400 franchigia € 30 per evento previsti al 100%

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

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

FASCIA ALTA – PROTEZIONE TOP

PRESTAZIONI	CONDIZIONI
OSPEDALIERE	
Ricoveri con o senza Intervento, Day Hospital, Day Surgery, Interventi Ambulatoriali, Parto Fisiologico, Parto Cesareo/Aborto Terapeutico Massimale Condizioni:	€ 500.000 previsto al 100% scoperto 20% minimo € 500 per evento - il minimo è ridotto ad € 250 in caso di Intervento Ambulatoriale e Day Hospital per le spese In Network e Fuori Network valgono le condizioni sopra descritte
<i>In Network</i> <i>Fuori Network</i> <i>Misto</i>	
Sub-massimale omnicomprensivo per parto Parto Fisiologico Parto Cesareo/Aborto Terapeutico	€ 4.000 € 8.000
Grandi Interventi (GI) e Gravi Eventi Morbosi (GEM) Condizioni:	come da Allegato n.3 previsto al 100% scoperto 20% minimo € 500 massimo € 6.000 per evento
<i>In Network</i> <i>Fuori Network</i>	
Indennità Sostitutiva	€ 200 al giorno - massimo 300 giorni per il Day Hospital l'Indennità è ridotta al 50%
Pre/Post	120 giorni /120 giorni
Limite retta di degenza Fuori Network	€ 300 al giorno
Accompagnatore	€ 120 al giorno - massimo 50 giorni
Trasporto	€ 4.000
EXTRAOSPEDALIERE	
Alta Diagnostica e Diagnostica Strumentale Standard Massimale Condizioni Ticket	€ 5.000 scoperto 20% minimo € 50 per evento previsti al 100%
Visite Specialistiche/Accertamenti Diagnostici Massimale Condizioni Assistenza infermieristica domiciliare (sub-massimale) Ticket	€ 5.000 scoperto 20% minimo € 50 per evento max. € 36 al giorno, max. € 500 anno/polizza previsti al 100%
Dentarie (con pacchetto prevenzione) Massimale Condizioni Ticket	€ 4.000 come da Allegato n.2 previsti al 100%
Lenti/Occhiali Massimale Condizioni Ticket	€ 500 franchigia € 30 per evento previsti al 100%

ALLEGATO 2 – ELENCO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

CODICE	PRESTAZIONE	TARIFFA (€)	NUMERO MASSIMO DI PRESTAZIONI ESEGUIBILI
A – IGIENE E PREVENZIONE			
02	Visita odontoiatrica	40	Una volta ogni 12 mesi per controllo programmato
07	Fluoroprofilassi	30	Una volta ogni 12 mesi fino ai 13 anni e solo in abbinamento al codice 02
08	Ablazione tartaro	40	Una volta ogni 12 mesi e solo abbinata al codice 02
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15	Solo fino a 13 anni di età e 1 sola volta
B – CURE DI I° LIVELLO			
03	Rx endorale (per 2 elementi)	16	2 volte all'anno se non comprese nella prestazione
14	Estrazione di dente o radice	60	3 prestazioni all'anno
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea e relative endorali	350	1 volta all'anno
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente (se si tratta di otturazione preesistente, foto digitale endorale comprovante il rifacimento dell'otturazione)	80	3 prestazioni all'anno
21	Terapia o ritrattamento endodontici ad un canale compresa otturazione del canale e ricostruzione coronale e relative endorali	120	3 prestazioni all'anno
23	Terapia o ritrattamento endodontici a due canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali	160	3 prestazioni all'anno
25	Terapia o ritrattamento endodontici a tre o 4 canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali	200	3 prestazioni all'anno
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	100	1 ogni 3 anni
C – CURE DI II° LIVELLO			
05	Ortopantomografia	35	2 volte all'anno
10	Courettage gengivale (per 4 elementi)	40	Due prestazioni ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300	1 prestazione all'anno
17	Rizotomia e relative endorali	120	2 prestazioni all'anno
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – asportazione di epulide o cisti mucose – scappucciamento dell'ottavo – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120	3 prestazioni all'anno
40	Placca di svincolo o bite plane (da conservare i modelli e inviarli se richiesti)	300	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo	50	Una tantum
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico (da inviare con fattura)	250	Una tantum

D – CURE DI III° LIVELLO

(Tutte le prestazioni protesiche devono essere accompagnate dalla relativa certificazione del laboratorio odontotecnico. I modelli di studio possono essere richiesti per verifica.)

04	Fotografia digitale endorale	8	Solo ove richiesta e in numero massimo di 2 (prima e dopo)
11	Gengivectomia in unica prestazione e relative endorali (per 4 elementi)	60	Una volta ogni 12 mesi comprovata da foto digitale endorale prima e dopo (esclude il codice 12)
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per 4 elementi)	150	Una volta ogni 5 anni comprovata da foto digitale endorale prima e dopo (esclude il codice 11)
13	Innesto autogeno o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260	1 sola volta "una tantum" per arcata
20	Intarsi in LP o LNP – Inlay e Onlay per elemento	300	2 prestazioni all'anno. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
22	Terapia o ritrattamento endodontici ad un canale esclusa otturazione nel caso si tratti di perno/moncone e relative endorali	80	2 prestazioni all'anno
24	Terapia o ritrattamento endodontici a due canali esclusa otturazione nel caso si tratti di perno/moncone e relative endorali	120	2 prestazioni all'anno
26	Terapia o ritrattamento endodontici a tre o 4 canali esclusa otturazione nel caso si tratti di perno/moncone e relative endorali	160	2 prestazioni all'anno
27	Impianto osteointegrato per elemento	800	2 prestazioni all'anno. Non più ripetibili sullo stesso elemento
28	Corona provvisoria fissa in resina dura	40	3 prestazioni all'anno. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
29	Perno moncone qualsiasi materiale	250	2 prestazioni all'anno. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
30	Corona fusa in LP	350	3 prestazioni all'anno. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
31	Corona o elemento in LP e ceramica	500	3 prestazioni all'anno. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
32	Attacco di precisione	200	1 prestazione all'anno. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150	1 prestazione all'anno. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
34	Protesi mobile parziale in resina di un elemento compreso i ganci	100	1 prestazione all'anno. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
35	Per ogni elemento in più	50	Solo correlato a 34
36	Protesi mobile in resina totale per arcata	900	1 prestazione all'anno. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o lega non preziosa in un solo elemento	600	1 prestazione all'anno. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70	Solo correlato a 37

ALLEGATO 3 – ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI E GRAVI EVENTI MORBOSI

GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

Cardiochirurgia

- Valvuloplastica a cuore aperto senza sostituzione.
- Sostituzione valvolare singola o multipla.
- Interventi per malformazioni del cuore o dei grossi vasi
- Resezione cardiaca (per aneurisma, infarto, tumore).
- Bypass aorto-coronarico singolo o multiplo con prelievo di vasi.
- Asportazione corpi estranei o tumori del cuore.
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari o settali, bypass Ao-Co.

Chirurgia Vascolare

- Interventi sull'aorta toracica e addominale compreso bypass aorto-bisiliaco o bifemorale.
- Interventi per stenosi o aneurismi sui seguenti vasi arteriosi : carotidi, vertebrali, succlavie, renali, iliache.
- Tromboendoarteriectomia aorto-iliaca.

Neurochirurgia

- Anastomosi dei vasi intra-extra cranici.
- Asportazione di tumori o aneurismi endocranici.
- Asportazione di tumori orbitali per via endocranica.
- Interventi endorachidei per asportazione di tumori, cordotomie, rizotomie e affezioni meningomidollari.
- Interventi per tumori della base cranica per via transorale.
- Interventi sulla cerniera atlo-occipitale.
- Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale.
- Neurotomia retrogasseriana o sezione intracranica di altri nervi.
- Rizotomia chirurgica intracranica.
- Talamotomia, pallidotomia ed altri interventi similari.

Chirurgia Toracica

- Pneumonectomia, pleuropneumonectomia.
- Lobectomia polmonare o resezione segmentaria.
- Resezione bronchiale con reimpianto.
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi lobare o polmonare.
- Interventi sul mediastino per tumori.
- Asportazione totale del timo.

Chirurgia Generale

- Tiroidectomia per tumori maligni con svuotamento funzionale del collo.
- Esofagectomia totale.
- Gastrectomia totale con linfadenectomia.
- Esofago-gastrectomia per via toraco-laparotomica.
- Anastomosi porta-cava o spleno-renale o mesenterica-cava.
- Pancreaticoduodenectomia radicale.
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari.
- Colectomia totale con linfadenectomia.
- Amputazione del retto per via addomino-perineale o addomino-sacrale.

Chirurgia Pediatrica

- Asportazione tumore di Wilms.
- Atresia dell'esofago.
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino-perineale.
- Atresia dell'ano con fistola retto-ureterale, retto-vulvare: abbassamento addomino-perineale.
- Fistola congenita dell'esofago.
- Interventi per fistole e cisti del canale onfalomesenterico con resezione intestinale.
- Megacolon: resezione anteriore; operazione addomino-perineale secondo Duhamel o Swenson.
- Interventi per megauretere.
- Polmone cistico o policistico (lobectomia o pneumonectomia).
- Spina bifida: mielomeningocele.

Chirurgia Ginecologica

- Eviscerazione pelvica.
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfadenectomia per tumori maligni.

Chirurgia Ortopedica

- Artroprotesi totale di anca.
- Artroprotesi totale di ginocchio
- Artrodesi vertebrali per via anteriore.
- Interventi per rimozione e reimpianto di protesi d'anca o di ginocchio.

Chirurgia Otorinolaringoiatrica e Maxillo-Facciale

- Interventi demolitivi del massiccio facciale per tumori maligni.
- Interventi demolitivi del cavo oro-faringeo per tumori maligni.
- Laringectomia totale, laringofaringectomia.
- Intervento per neurinoma dell'ottavo paio.

Chirurgia Urologica

- Nefrectomia allargata per tumore.
- Nefro-ureterectomia totale.
- Cistectomia radicale con ureterosigmoidostomia.
- Uretero-ileo anastomosi mono o bilaterale.
- Surrenalectomia.

Trapianti d'organo

- Tutti.

GRAVI EVENTI MORBOSI

- Malattie cerebrovascolari;
- Neoplasie maligne;
- Gravi politraumi;
- Malattie cardiovascolari;
- Patologie degenerative del sistema nervoso centrale. determinanti invalidità e perdita dell'autosufficienza.

ALLEGATO 4

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196

In conformità all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196 (di seguito denominato Codice), la sottoscritta Società – in qualità di titolare - La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (art. 7 del Codice).

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

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

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o ricerche di mercato

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

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti(3), sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, 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, in Italia o all'estero.

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

I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti, facenti parte del settore assicurativo o ad esso correlati, con funzioni di natura tecnica, organizzativa e operativa(4). Tali soggetti tratteranno i Suoi dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Diritti dell'interessato⁽⁵⁾

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A. che si avvale di Responsabili.

Lei ha il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile. Lei ha anche il diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei Suoi dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati; ha inoltre il diritto di ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco e di opporsi al loro trattamento.

Per l'esercizio dei suoi diritti ai sensi dell'art.7 del Codice 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 designato per il riscontro all'interessato 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).

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo a):

Luogo e data	Contraente/Assicurato (leggibili)	Firma (in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità promozionali e/o ricerche di mercato, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo b):

- do il consenso nego il consenso

Luogo e data	Contraente/Assicurato (leggibili)	Firma (in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Note

- 1) L'art. 4, comma 1 lett. d) del Codice definisce "sensibili" 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 personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.
- 2) Ad esempio lo prevede la disciplina contro il riciclaggio.
- 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 commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.
- 4) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "*catena assicurativa*": agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).
- 5) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può sempre essere esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

ALLEGATO 5

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

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

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

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

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile).

Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

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



Consigliere Delegato
RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

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

The logo consists of the letters 'AEC' in a bold, black, sans-serif font, with a registered trademark symbol (®) to the upper right of the 'C'. The logo is centered within a thin blue rectangular border.

AEC[®]