

SALUTE SORRISO 2.0

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese odontoiatriche per la prevenzione e cura dei denti

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 31/10/2014

RBM 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 Salute S.p.A. ha sede legale e direzione generale in Italia, via Forlanini, 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) recapito telefonico 0422-1745111 e 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 1745111, sito internet: www.rbmsalute.it, indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it.

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2013

Patrimonio netto:	€ 33.451.928,00
di cui - capitale sociale:	€ 20.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 8.363.904,00
Indice di solvibilità:	216%

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" delle 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 per spese odontoiatriche a seguito di infortunio o malattia (vedi art. 14 "Oggetto dell'Assicurazione" e Allegato n.1 "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione").

Avvertenza:

- 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

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

(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.

Protezione “Base”

Avvertenza: la polizza prevede un elenco di prestazioni coperte, limiti economici e temporali alle prestazioni e vincoli tecnici a seconda del livello di Protezione prescelto (vedi art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” e Allegato n.1 “Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione”). Ad esempio, in caso di “estrazione di dente o radice” (prestazione 14) la copertura prevede un limite massimo di spesa € 80,00 e la possibilità di effettuarne 1 in ogni annualità di copertura.

Protezione “Plus”

Avvertenza: la polizza prevede un elenco di prestazioni coperte, limiti economici e temporali alle prestazioni e vincoli tecnici a seconda del livello di Protezione prescelto (vedi art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” e Allegato n.1 “Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione”). Ad esempio, in caso di “estrazione di dente o radice” (prestazione 14) la copertura prevede un limite massimo di spesa € 80,00 e la possibilità di effettuarne 2 in ogni annualità di copertura.

Protezione “Top”

Avvertenza: la polizza prevede un elenco di prestazioni coperte, limiti economici e temporali alle prestazioni e vincoli tecnici a seconda del livello di Protezione prescelto (vedi art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” e Allegato n.1 “Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione”). Ad esempio, in caso di “estrazione di dente o radice” (prestazione 14) la copertura prevede un limite massimo di spesa € 80,00 e la possibilità di effettuarne 3 in ogni annualità di copertura.

Protezione “Extra”

Avvertenza: la polizza prevede un elenco di prestazioni coperte, limiti economici e temporali alle prestazioni e vincoli tecnici a seconda del livello di Protezione prescelto (vedi art. 14 “Oggetto dell’Assicurazione” e Allegato n.1 “Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione”). Ad esempio, in caso di “protesi mobile totale in resina per arcata” (prestazione 36) la copertura prevede un limite massimo di spesa € 900,00 e la possibilità di effettuarne 1 per ogni quinquennio di copertura; per questa prestazione è richiesta inoltre la certificazione del laboratorio che ha predisposto la protesi (vincolo tecnico sulla 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 classi di prestazioni odontoiatriche (vedi Allegato n.1 “Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione”); pertanto, a seconda delle prestazioni eseguite, il periodo di carenza potrà avere diversa durata e potrà variare anche la percentuale di rimborso.

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 a estrazione di dente o radice” (prestazione 14) presso un odontoiatra non convenzionato non avrà diritto al rimborso in quanto è prevista una carenza di 3 mesi.

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

L'Assicurato che, in data 15/12/2014, si sia sottoposto a estrazione di dente o radice” (prestazione 14) presso un odontoiatra non convenzionato 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).

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.

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 dell'art. 1899, comma 2, del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21, comma 3, della L. 23 luglio 2009, n. 99, la Società, al momento della determinazione del premio, ha praticato le seguenti riduzioni medie rispetto al premio applicato in caso di durata annuale del contratto:

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

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 - ripensamento

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 della prima prestazione odontoiatrica 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 odontoiatri convenzionati (vedi art. 18 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA). In questi casi, l'Assicurato dovrà pagare solo gli eventuali importi eccedenti i limiti previsti in polizza (vedi Allegato n.1 "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione"), 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 odontoiatrica basterà contattare la Centrale Operativa e chiedere di essere autorizzati a riceverla presso un odontoiatra convenzionato.

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.

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

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

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

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

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

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

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.

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

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

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

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

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

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. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it.

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

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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.

Tariffario: l'elenco delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso, a seconda del livello di Protezione prescelto, come da Allegato n.1 "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione" delle CGA.

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

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

- ALLEGATI
-

1. Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione
-
2. Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
-
3. Informativa relativa alle aree web riservate attivate ai sensi del Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013
-

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

Polizza Rimborso Spese Odontoiatriche per la prevenzione e la cura dei denti

Condizioni di Assicurazione

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'Assicurato 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 alla 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 un odontoiatra convenzionato 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 dal dal paragrafo "Carenza" dell'art. 14 "Oggetto dell'assicurazione" delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche definite CGA.

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.

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 dell'art. 1899, comma 2, del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21, comma 3, della L. 23 luglio 2009, n. 99, la Società, al momento della determinazione del premio, ha praticato le seguenti riduzioni medie rispetto al premio applicato in caso di durata annuale del contratto:

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

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).

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.

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" dell'art. 14 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA.

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 odontoiatriche sostenute dall'Assicurato durante l'operatività del presente contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio, entro i limiti previsti dal livello di Protezione prescelto (vedi Allegato n.1 "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione").

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DA MALATTIA O INFORTUNIO

A) CURE DENTARIE

La Società rimborsa le spese sanitarie odontoiatriche sostenute esclusivamente per le prestazioni riportate nell'Allegato n.1 "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione" suddivise nelle seguenti quattro classi secondo la complessità, entro i limiti previsti dal livello di Protezione prescelto:

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

Ogni livello di Protezione può includere due o più classi di prestazioni odontoiatriche.

B) 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.1 "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione", in relazione al livello di Protezione prescelto.

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.

La percentuale di rimborso o l'applicabilità delle carenze verrà stabilita sulla base del momento in cui le prestazioni si sono rese necessarie, indipendentemente dalla data in cui le medesime sono state eseguite (data fattura).

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 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

Le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate entro i limiti previsti dall'Allegato n.1 "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione", in relazione al livello di Protezione prescelto. Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, i ticket sono rimborsati al 100%.

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 dai specifici livelli di Protezione della presente Polizza 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) le prestazioni sanitarie non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- 2) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
- 3) le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni, stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza
- 4) tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resisi necessari prima della stipula della polizza;
- 5) tutte le prestazioni non comprese nell' Allegato n.1 "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione";
- 6) le procedure di ricostruzione utilizzate per incrementare la dimensione verticale del dente perso a causa di attrito;
- 7) le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
- 8) le lesioni dentarie da infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti (ad esempio: boxe, rugby, hockey);
- 9) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 10) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;

- 11) le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
- 12) la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
- 13) le estrazioni di denti decidui (da latte);
- 14) le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;
- 15) i trattamenti ortodontici anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento chirurgico;
- 16) i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.
- 17) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 18) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni; le malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della copertura assicurativa;
- 19) gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 20) 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;
- 21) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- 22) le cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 23) controlli di routine e/o check-up, se non diversamente previsto.

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.

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità della polizza, 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 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).

a) Pagamento indiretto – Rimborso all'Assicurato

La Società rimborsa a cura ultimata dietro presentazione in fotocopia della seguente documentazione:

- 1) fatture quietanzate complete di imposta di bollo come da normativa vigente (non sono ammesse fatture di odontotecnici e di odontoprotesisti);
- 2) piano di cure inizialmente previsto, con il dettaglio delle prestazioni da eseguire, redatto dal medico odontoiatra;
- 3) certificazione medica con il dettaglio delle prestazioni eseguite durante l'annualità assicurativa corrente;
- 4) date di esecuzione delle singole prestazioni (come previsto dall'art. 14 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA al paragrafo "Carenza");
- 5) aggiornamento del trattamento rispetto al piano delle cure presentato nell'annualità assicurativa precedente;
- 6) referto del Pronto Soccorso; in caso di cure dentarie da infortunio 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).

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

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

b) Pagamento diretto

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

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 3 giorni per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento.

L'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 stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

Restano a carico dell'Assicurato gli eventuali importi eccedenti i limiti previsti in polizza (vedi Allegato n.1 "Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per i diversi livelli di Protezione") 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

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

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

Art.19 Documentazione integrativa

Ai fini del riconoscimento dei rimborsi come previsto dall'art. 18 "Oneri in caso di Sinistro", la Società si riserva inoltre il diritto di richiedere:

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

Preganziol, 31 ottobre 2014



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

ALLEGATO 1

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE AMMESSE AL RIMBORSO PER I DIVERSI LIVELLI DI PROTEZIONE

PROTEZIONE BASE

A - IGIENE E PREVENZIONE				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 annidi età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta
B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	1 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		1 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	1 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

PROTEZIONE PLUS

A - IGIENE E PREVENZIONE				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta
B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		2 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	2 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi
C - CURE DI II° LIVELLO				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		1 ogni 12 mesi
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	2 ogni 12 mesi
40	Placca occlusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	1 sola volta

PROTEZIONE TOP

A - IGIENE E PREVENZIONE				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta
B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		3 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	3 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi
C - CURE DI II° LIVELLO				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		2 ogni 12 mesi
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di accesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	3 ogni 12 mesi
40	Placca occlusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	1 sola volta

Segue PROTEZIONE TOP

D - CURE DI III° LIVELLO				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	2 ogni 12 mesi
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 per prestazione (prima e dopo)
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	1 ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	1 sola volta per arcata
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	
20	Intarsi in LP o LNP- ceramici – Inlay e Onlay per elemento	350,00		2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
55	Mini impianti compresi attacchi di precisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento

Segue PROTEZIONE TOP

Segue D - CURE DI III° LIVELLO				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	1 sola volta
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	1 sola volta
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
59	Corona provvisoria armata - per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica , compreso eventuale fresaggio - per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		1 volta ogni 5 anni

PROTEZIONE EXTRA

A - IGIENE E PREVENZIONE				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta
B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi
C - CURE DI II° LIVELLO				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		2 ogni 12 mesi
D - CURE DI III° LIVELLO				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	2 ogni 12 mesi
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 per prestazione (prima e dopo)
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	1 ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	1 sola volta per arcata
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	

Segue PROTEZIONE EXTRA

Segue D - CURE DI III° LIVELLO				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
20	Intarsi in LP o LNP- ceramici – Inlay e Onlay per elemento	350,00		2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
55	Mini impianti compresi attacchi di precisione	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	1 sola volta
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	1 sola volta
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
59	Corona provvisoria armata - per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica , compreso eventuale fresaggio - per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni

Segue PROTEZIONE EXTRA

Segue D - CURE DI III° LIVELLO				
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		1 volta ogni 5 anni

ALLEGATO 2

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196 e degli artt. 15 e 16 del Regolamento ISVAP n. 34 del 19 marzo 2010

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 la commercializzazione a distanza di servizi assicurativi ed altre 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 inviare comunicazioni commerciali a distanza relative a contratti assicurativi, 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 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 secondaria di RBM Salute S.p.A. Via Victor Hugo, 4 – 20123 Milano.

Il contraente, con la sottoscrizione del presente contratto, esprime uno specifico consenso per la collocazione del contratto di assicurazione a distanza.

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 3

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

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

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

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

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

Milano, 24 Ottobre 2013



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

RBM Salute S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)

Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025

direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:

via Victor Hugo,4 - 20123 Milano (MI)

Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702

Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

Capitale Sociale € 20.000.000 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).

