

RBM Salute S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: via Forlanini 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) Tel: +39 - 0422/1745111 | Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria: via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI) Tel. +39 02 91431789 | Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it | info@rbmsalute.it | www.rbmsalute.it

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

AEC FULL MEDICAL

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico







SOMMARIO

Nota Informativa:				
- Glossario				
Condizione di Assicurazione comprensive di:				
- Condizioni Generali di Assicurazione				
- Cosa è assicurato				
- Delimitazione ed Esclusioni				
- In Caso di Sinistro				
- Allegati:				
Elenco Prestazioni Odontoiatriche				
2) Elenco Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi				
3) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac simile)				

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



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 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 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 2012

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata di 1 anno a partire dalle ore 24.00 del giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio (vedi art. 3 delle CGA).

Il contratto prevede il tacito rinnovo, salvo eventuale richiesta di disdetta, pertanto, qualora non disdettato 30 giorni prima della scadenza, la copertura si intende rinnovata per la successiva annualità (vedi art. 4 delle CGA).

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede, il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per ricoveri, diagnostica, visite specialistiche, accertamenti, cure dentarie lenti e occhiali (Vedi art. 14 delle CGA).

In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di una diaria da ricovero stabilita in funzione dell'opzione prescelta (vedi comma 6, punto A dell'art. 14 delle CGA).

Avvertenza: la copertura non include le malattie preesistenti alla stipula della polizza (a meno che siano state dichiarate nel questionario sanitario e NON siano state esplicitamente escluse) e prevede esclusioni (vedi articolo 16 delle CGA) e cause di non assicurabilità (vedi art. 17 delle CGA).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi di ogni garanzia (vedi art. 14 delle CGA e quanto indicato nell'ultima pagina del modulo di polizza). Ad esempio, in caso di copertura secondo l'opzione Standard BASE il totale degli indennizzi in un anno per la garanzia "Alta Diagnostica" non potrà superare i € 2.000. La copertura prevede

MOD. AP NI 0006 - ED.07/2014

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

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.



franchigie e scoperti (vedi art. 14 delle CGA e quanto indicato nell'ultima pagina del modulo di polizza). Ad esempio, in caso di copertura secondo l'opzione Standard BASE, a fronte di una spesa di € 10.000 per un ricovero in clinica privata non convenzionata, verranno rimborsati € 8.000 (essendo € 2.000 il 20% della somma spesa, scoperto fuori rete convenzionata). Se la spesa di € 10.000 fosse per € 5.000 relativa alla clinica e questa fosse convenzionata, mentre gli altri € 5.000 fossero relativi all'equipe medica e questa non fosse convenzionata, verranno rimborsati € 9.000, pari € 5.000 per la clinica (rimborso al 100% in rete convenzionata) più € 4.000 per l'equipe (pari a € 5.000 meno il 20% di scoperto fuori rete convenzionata, cioè € 1.000).

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: La polizza prevede periodi di carenza, nei quali la copertura non è attiva, o è attiva ma con rimborsi ridotti, differenziati per tipologia di evento (vedi art. 15 delle CGA).

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

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze 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 delle CGA).

Avvertenza: è necessario che le dichiarazioni relative allo stato di salute effettuate nel Questionario Sanitario siano assolutamente precise e veritiere. In caso contrario la copertura potrebbe essere nulla.

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. 6 e 7 delle CGA).

Ad esempio, in caso di trasferimento della residenza all'estero si verifica un aggravamento del rischio che va comunicato

7. Premi

Il premio dovrà essere versato dal Contraente all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, potrà essere corrisposto in forma annuale od in rate subannuali con frazionamento semestrale, con aumento del 3%.

8. Adequamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

In caso di tacito rinnovo la Compagnia potrà indicare un nuovo premio per la polizza, entro i termini per la disdetta, salvo il diritto del Contraente a recedere dal contratto.

9. Diritto di recesso

Avvertenza: Il Contraente ha sempre la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della polizza. (vedi art. 4 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 e' verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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.



C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: la data del sinistro è quella del ricovero o dell'intervento chirurgico fuori ricovero; il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società non appena l'assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità; la Compagnia può richiedere che l'assicurato sia visitato da un proprio fiduciario. (vedi art. 18 delle CGA)

14. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi art. 19 delle CGA).Nell'ambito della garanzia "prestazioni ospedaliere", in caso di utilizzo di istituti e/o medici convenzionati, anche solo parzialmente, per la parte di spesa relativa agli stessi, non verrà applicato lo scoperto previsto; per la garanzia "prestazioni extraospedaliere" la forma diretta è prevista solo in caso di spesa superiore ai € 1.000 ed alle stesse condizioni previste per la modalità a rimborso (vedi art. 14 delle CGA e quanto indicato nell'ultima pagina del modulo di polizza).

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

15. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. –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.



16. Arbitrato

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

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

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall' assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Carenza: periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della polizza assicurativa e l'inizio della garanzia, durante il quale la copertura assicurativa per le prestazioni indicate si intende inoperante.

Centro Medico: il centro, anche non adibito al ricovero dei malati, regolarmente autorizzato per prestazioni mediche, esami radiografici e diagnostici, analisi, trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

Convalescenza: periodo di tempo successivo alla dimissione dall'istituto di cura, necessario per la guarigione clinica, ovvero per la stabilizzazione dei postumi.

Customer Care Center: servizio dedicato alla gestione delle informazioni relative alle prestazioni previste dal contratto di assicurazione e al collegamento col network medico.

Data sinistro: data in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato il ricovero, l'intervento chirurgico in day hospital o in ambulatorio; per le prestazioni extraricovero, la data della prima prestazione sanitaria erogata.

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

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

Evento: il singolo ricovero, anche in regime di degenza diurna (Day Hospital) o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale.

Per le Specialistiche Extraospedaliere e le Visite e Analisi, tutte le visite e gli esami, riguardanti la stessa patologia, prescritti contemporaneamente.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assicurato.

Indennizzo/Rimborso: la somma dovuta dalla società in caso di sinistro.

Infortunio: evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obbiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico: Intervento terapeutico o diagnostico mediante uso di strumenti chirurgici, nonché diatermocoagulazione, tecnica laser o criotecnica. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

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

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 lungodegente.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. <u>La gravidanza non è</u> considerata malattia.

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

Massimale: la somma cioè la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta la garanzia.

Network: rete convenzionata costituita da ospedali ed Istituti di carattere scientifico, Case di Cura, Centri Diagnostici e Poliambulatori, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle sequenti forme:

- 1. in forma diretta: senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assicurato per tutti i casi di ricovero, ad eccezione delle sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in polizza;
- 2. in forma indiretta:con l'utilizzo delle tariffe preferenziali;
- 3. in forma mista: qualora le prestazioni mediche vengano eseguite da Istituti di Cura e professionisti, parte convenzionati con il Network e parte non convenzionati. I casi che si possono verificare sono: a) Istituto di cura in Network e professionisti fuori Network; b) Istituto di cura fuori Network e professionisti in Network. Le condizioni di polizza sono le medesime in entrambi i casi.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo per l'assicurazione.

Questionario sanitario: Il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà, e che può costituire parte integrante della Polizza.

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

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

Società: RBM Salute S.p.A.

Trattamenti Fisioterapici e Rieducativi: prestazioni di medicina riabilitativa, eseguite presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni negli individui colpiti da traumi, lesioni invalidanti, malattie infiammatorie o degenerazioni articolari.

Visita specialistica: la visita 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, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria.



POLIZZA SALUTE AEC FULL MEDICAL







CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

2. Altre assicurazioni

Il Contraente/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.

3. Decorrenza dell'assicurazione - Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento. Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

I premi devono essere pagati all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

4. Tacito rinnovo

In mancanza di disdetta data dalla Società o dal Contraente con lettera raccomandata almeno trenta giorni prima della scadenza della polizza, questa è prorogata per la durata di un anno e così via. 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.

5. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo Intero <u>con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in</u> Italia, con pagamento dei rimborsi 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.

6. Residenza

La polizza è valida per gli assicurati residenti in Italia. <u>In caso di trasferimento della residenza all'estero, l'assicurazione cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'art. 1898 del Codice Civile.</u>

7. Forma delle comunicazioni

Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza.

8. Assicurazione per conto altrui

Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.



9. 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.

10. Foro Competente

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata:

- Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Contraente Società.
- Per ogni controversia tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto.

11. Controversie: mediazione

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

<u>L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.</u>

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo le previsioni dell'art. "Foro competente" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

•

12. Rinvio alle Norme di Legge

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

COSA È ASSICURATO

13. Premessa

Le garanzie sono prestate in base alle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel relativo questionario sanitario. Le dichiarazioni rese debbono essere veritiere e complete. La mancata compilazione del questionario rende inoperanti le garanzie nei confronti dell'Assicurato che ha omesso la relativa sottoscrizione.

14. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura, <u>fino a concorrenza dei massimali e con i limiti indicati in Polizza</u>, a seguito di malattia e/o infortunio, il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato:

A) Ospedaliere

1) in caso di ricovero con intervento chirurgico, effettuato in Istituto di cura od in ambulatorio, Parto cesareo ed Aborto Terapeutico

- gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, gli onorari medici <u>sostenuti nei giorni</u> precedenti e relativi all'intervento stesso;



- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, per il materiale di intervento, per gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- l'assistenza medica/infermieristica, le cure, per i trattamenti fisioterapici e rieducativi praticati presso i Centri Medici, per i medicinali e per esami post-intervento durante il periodo di ricovero;
- le rette di degenza (<u>con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente</u>);
- gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, gli onorari medici, l'acquisto dei medicinali inerenti l'intervento/ricovero stesso, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti rieducativi e fisioterapici praticati presso i Centri Medici, le cure termali (escluse le spese alberghiere) rese necessarie dall'intervento e sostenute dopo la cessazione del ricovero effettuati nei giorni successivi al ricovero.

2) – in caso di ricovero in Istituto di cura che non comporti intervento chirurgico e Parto fisiologico

- gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, l'assistenza medica, le cure, la sala parto, i medicinali e le rette di degenza (con esclusione di quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente) durante il periodo di ricovero
- gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, gli onorari medici <u>sostenuti nei giorni</u> precedenti al ricovero e relativi al ricovero stesso
- gli accertamenti diagnostici, gli onorari medici <u>sostenuti nei giorni successivi al ricovero e relativi al</u> ricovero stesso;
- le cure termali (<u>escluse le spese alberghiere</u>) effettuate nei giorni successivi al ricovero e resesi necessarie a seguito del ricovero

3) – in caso di degenza in regime di Day Hospital (con e senza Intervento chirurgico)

gli accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio, l'assistenza medica, le rette di degenza, le cure, i medicinali <u>durante la sola degenza</u>. 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.

4) - Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera <u>ove non sussista disponibilità</u> <u>ospedaliera</u>, per un accompagnatore dell'Assicurato, <u>debitamente documentate (fatture, notule, ricevute, ecc)</u>.

5) - Trasporto dell'assicurato

il trasporto dell'Assicurato presso un Istituto di Cura (andata e ritorno) e da un Istituto di Cura ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, in Italia ed Estero <u>debitamente documentate</u> (fatture, notule, ricevute, ecc).

In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

6) - Indennità sostitutiva

Nel caso in cui le spese sanitarie sostenute nel periodo di ricovero siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, o interamente rimborsate da altro Ente, la Società corrisponde un'indennità 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. In caso di Day Hospital l'indennità è ridotta al 50%.

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

<u>Se previsto in polizza</u>, la Società rimborsa le spese <u>debitamente documentate</u>, sostenute nei giorni precedenti e successivi il ricovero.



7) - Trapianti

Qualora l'Assicurato sia donatore vivente, in caso di trapianto di organi o parte di essi, la Società rimborsa le spese previste al punto A1del presente articolo.

In caso di trapianto effettuato sull'Assicurato, sono anche comprese le spese di ricovero del donatore vivente per il prelievo dell'organo e in ogni caso le spese per il trasporto di organi o parte di essi.

8) - Cure figli neonati

Nel caso in cui risulti assicurata la madre, la Società assicura il rimborso delle spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio o malattia, del figlio neonato (senza necessità di indicazione in polizza). La garanzia è prestata esclusivamente per i primi 2 mesi di vita ed è operante a condizione che il parto sia avvenuto trascorso 360 giorni dalla data di effetto della polizza.

B) Specialistiche Extraospedaliere

Sono rimborsabili le spese sostenute per le prestazioni di seguito indicate:

PRESTAZIONI DI DIAGNOSTICA

1) Alta Diagnostica

- Diagnostica radiologica con utilizzo di mezzo di contrasto (angiografia digitale, urografia, cistografia, ecc.)
- Risonanza magnetica nucleare
- 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 (Esofago-Gastro-Duodenoscopia, Retto-Colonscopia, Bronco- scopia, Cistoscopia, Laringoscopia, ecc.) 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)

2) 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
- M.O.C. (densitometria ossea)

C) Cure domiciliari ed ambulatoriali (visite specialistiche/accertamenti), con esclusione delle prestazioni indicate alla lettera B)

- onorari dei medici specialisti;
- trattamenti rieducativi e fisioterapici solo se praticati presso Centri Medici;
- noleggio di apparecchiature per trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio <u>prescritti dal medico a seguito di un'alterazione</u> dello stato di salute;
- agopuntura purché praticata da Medici iscritti all'albo
- assistenza infermieristica domiciliare <u>prescritta dal Medico curante, con il limite di € 36 al giorno ed</u> il massimo di € 500 per anno e per nucleo familiare.



D) Cure dentarie

Sono rimborsabili le spese sanitarie odontoiatriche per le prestazioni riportate nell'Allegato 1 "Elenco delle prestazioni odontoiatriche" che, possono essere relative a i seguenti livelli di assistenza:

- · igiene e prevenzione;
- cure di I livello;
- cure di Il livello:
- · cure di III livello.

Visita odontoiatrica annuale di controllo e prevenzione

L'Assicurato avrà diritto ogni anno ad una visita odontoiatrica di controllo e prevenzione (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08, come da allegato 1; inoltre, per ciascun Assicurato con 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.

Trattamento di lunga durata e/o di costo elevato

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, <u>i rimborsi saranno ammessi a</u> condizione che prima dell'inizio del trattamento venga presentata la seguente documentazione:

- certificazione medica di inizio cura, dettagliato delle prestazioni da eseguire, redatto dal medico odontoiatra;
- preventivo di spesa;
- durata presunta della cura.

Annualmente, per ottenere il rimborso previsto dall' "Elenco delle prestazioni odontoiatriche" l'Assicurato dovrà presentare la certificazione suddetta con l'indicazione completa di:

- prestazioni eseguite durante l'anno;
- date di esecuzione;
- aggiornamento del trattamento rispetto al piano delle cure presentato inizialmente.

Inoltre, dovrà essere presentata la fattura in originale della spesa sostenuta nell'anno stesso. Al termine della cura, l'Assicurato dovrà presentare la certificazione di fine cura, compilata dal medico odontoiatra, che indicherà, inoltre, le eventuali variazioni rispetto al piano delle cure presentato inizialmente.

E) Lenti/Occhiali

Sono rimborsabili le spese sostenute per l'acquisto di lenti per occhiali, montature, lenti a contatto (<u>escluse le "usa e getta"</u>) nonché protesi sostitutive oculari, <u>a seguito di modifica del visus certificata da</u> medico oculista, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

F) Ticket

Qualora le spese sostenute nell'ambito delle garanzie B(D) - C(D) - D(D) - E(D), vengano effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), l'importo di eventuali ticket sarà rimborsato al 100%.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

15. Termini di Carenza e Percentuali di Rimborso

La garanzia decorre:

- per gli infortuni dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione.
- per le malattie, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.
- per i casi di parto e per le malattie da gravidanza e puerperio, dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.
- per le visite specialistiche e accertamenti diagnostici extra ricovero, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.



• per le cure dentarie:

- 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%.

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 aspettativa 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.

16. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) <u>le intossicazioni dovute ad abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), allucinogeni, e simili;</u>
- 2) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 3) <u>gli infortuni sofferti sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o simili (non assunte a scopo terapeutico);</u>
- 4) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idroscì, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, sport aerei, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli, moto o natanti a motore;
- 5) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 6) <u>le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;</u>
- 7) <u>le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano</u> movente politico o sociale a cui l'assicurato abbia preso parte volontariamente;
- 8) <u>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;</u>
- 9) <u>le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;</u>
- 10) gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari (reazioni, contaminazioni, radiazioni, ecc),
- 11) le operazioni navali, militari, aeronautiche;
- 12) le applicazioni di carattere estetico;
- 13) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
- 14) <u>i trattamenti psicoterapici e le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ed i disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;</u>
- 15) l'aborto volontario;
- 16) 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; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi per tumori maligni;
- 17) <u>le cure dentarie e paradentarie e le protesi dentarie, salvo quanto previsto all'art 12 lett. D "Cure Dentarie";</u>



- 18) <u>le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto, salvo quelle relative a bambini di età inferiore a tre anni assicurati dalla nascita;</u>
- 19) le cure omeopatiche ed omeopatia in genere;
- 20) i trattamenti di medicina alternativa;
- 21) ogni conseguenza di anoressia e bulimia:
- 22) <u>tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita, della sterilità e/o dell'impotenza;</u>
- 23) gli interventi e le cure delle miopie e/o astigmatismo e correzione del visus;
- 24) gli interventi di chirurgia bariatrica finalizzata alla cura dell'obesità, 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;
- 25) <u>le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica nonché prestazioni e terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale (D.M. del 8/11/91 e successive modifiche) quali per esempio le omeopatiche e fitoterapiche;</u>
- 26) le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche;
- 27) <u>le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;</u>
- 28) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 29) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini;
- 30) ricoveri impropri;
- 31) <u>le malattie manifestatesi precedentemente alla decorrenza della polizza, salvo quelle indicate nel</u> questionario sanitario e non esplicitamente escluse;

17. Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, infermità mentali e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Viene 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.



IN CASO DI SINISTRO

18. Obblighi del Contraente/Assicurato

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto 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'articolo 1915 del Codice Civile. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire alla visita di medici della Società ed a 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.

19. Modalità di pagamento

La Società indennizza l'Assicurato nel seguente modo:

- Prestazione indiretta - Rimborso all'Assicurato

La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro <u>presentazione, in originale ed unitamente al modulo di richiesta di rimborso opportunamente predisposto, delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate, accompagnate:</u>

dalla cartella clinica completa in caso di ricovero;

da un certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate in caso di intervento ambulatoriale:

da referto del pronto soccorso in caso di infortunio;

certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se prevista nell'opzione prescelta), intendendosi comunque escluse le lenti usa e getta. Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D.Lgs. del 24.02.97 n. 46 e la copia delle bustine delle lenti acquistate

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso avviene in favore dell'Assicurato. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte ed effettuate da medico, corredate dalla relativa diagnosi (definizione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da un Istituto di Cura, da uno Studio Medico o da Medico Specialista.

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato, a cura ultimata, entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa, su presentazione degli originali delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate.

- Prestazione diretta - Pagamento diretto del fornitore della prestazione

La Società effettua il pagamento delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termine di convenzione in regime di assistenza diretta, e cioè con il pagamento da parte dell'Assicurato delle sole franchigie e scoperti nei casi previsti nonché delle prestazioni non garantite dalle convenzioni in corso con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati.

La garanzia di prestazione diretta è operante <u>in caso di ricovero</u> (con o senza intervento) <u>e a condizione che l'Assicurato si sia avvalso di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi.</u>

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere a condizione che l'importo richiesto sia pari o superiore a Euro 1.000,00.

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



La Società mette a disposizione il proprio Customer Care Center per la richiesta di informazioni relative sia agli Istituti e Medici convenzionati che agli ambiti e la portata delle garanzie prestate con le varie convenzioni e per il supporto medico.

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 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Il Customer Care Center è accessibile 24 ore su 24, 365 giorni l'anno al seguente numero verde:

800 916263 (solo dall'Italia)

in alternativa: +39 0422 1744 087(da cellulari, dall'Italia e dall'estero)

In ogni caso (prestazione indiretta e prestazione diretta) gli originali delle notule, distinte e ricevute verranno restituiti agli assicurati con posta ordinaria.



Allegato 1

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 preprotesico) 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.)					
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 fot digitale endorale prima e dopo (esclude 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	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 2

Elenco Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi

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 linfoadenectomia.
- 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 linfoadenectomia.
- 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.
- Vulvectomia allargata con linfoadenectomia.
- Isterectomia totale con annessiectomia e linfoadenectomia 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.



RBM Salute S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: via Forlanini 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) Tel: +39 - 0422/1745111 | Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria: via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI) Tel. +39 02 91431789 | Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it | info@rbmsalute.it | www.rbmsalute.it

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.





RBM Salute S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale: via Forlanini 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) Tel: +39 - 0422/1745111 | Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria: via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI) Tel. +39 02 91431789 | Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it | info@rbmsalute.it | www.rbmsalute.it

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.

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)
sensibili per finalità p al trattamento da par	romozionali e/o ricerche di mercato te di questi ultimi, come previsto da	consenso al trattamento dei dati personali comuni e o, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al 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)





RBM Salute S.p.A. Sede Legale e Direzione Generale:

via Forlanini 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) Tel: +39 - 0422/1745111 | Fax: +39 - 0422 1745025 Sede Secondaria: via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI) Tel. +39 02 91431789 | Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it | info@rbmsalute.it | www.rbmsalute.it

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.



RBM Salute S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 1745111 – 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. 1848942 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).

