

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.



Salute Completa

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

- Garanzie Assicurate

- Delimitazione ed Esclusioni

- Cosa Fare in Caso di Sinistro

- Allegati:

1) Massimali / somme assicurate e condizioni per le diverse opzioni

2) Questionario Sanitario di I livello (fac simile)

3) Questionario Sanitario di II livello (fac simile)

4) 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 scadenze, 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 (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 ² :	216%

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, 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 9, 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 l'allegato "MASSIMALI/SOMME ASSICURATE E CONDIZIONI PER OPZIONE"). Ad esempio, in caso di copertura secondo l'opzione BASE il totale degli indennizzi in un anno per la garanzia "Visite specialistiche/Accertamenti" non potrà superare i € 3.000. La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi art. 14 delle CGA e l'allegato

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.

“MASSIMALI/SOMME ASSICURATE E CONDIZIONI PER OPZIONE”). Ad esempio, in caso di copertura secondo l'opzione BASE, a fronte di una spesa di € 10.000 per un ricovero in clinica privata non convenzionata, verranno rimborsati € 8.500 (essendo € 1.500 il 15% 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 € 9.250, pari € 5.000 per la clinica (rimborso al 100% in rete convenzionata) più € 4.250 per l'equipe (pari a € 5.000 meno il 15% di scoperto fuori rete convenzionata, cioè € 750).

4. Periodi di carenza contrattuali

Avvertenza: La polizza prevede periodi di carenza, nei quali la copertura non è attiva, 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 si può verificare 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. Adeguamento 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 è 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 entro 3 giorni da quando 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 l'allegato "MASSIMALI/SOMME ASSICURATE E CONDIZIONI PER OPZIONE").

Si rinvia al sito www.rbmsalute.it 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. – 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.

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: il periodo di tempo durante il quale l'eventuale sinistro non rientra in garanzia.

Cartella Clinica: il documento ufficiale redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, la diagnosi, l'anamnesi patologica prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici eseguiti, gli esami ed il diario clinico, scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Centro Medico: la struttura, anche non adibita al ricovero, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie, esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

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

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione.

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

Day Hospital: il ricovero in regime di degenza diurna, esclusivamente senza pernottamento, in Istituto di Cura. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Difetto Fisico: l'alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata, sia di tipo acquisito durante lo sviluppo fisiologico, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da malformazione congenita.

Evento:

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

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

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

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

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

Intervento Ambulatoriale: la procedura di piccola chirurgia eseguita senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Istituto di Cura: l'ospedale, clinica universitaria o casa di cura privata, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime di ricovero. Non sono considerati "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno, nonché i "centri benessere" e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.

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

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

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

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

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

Modulo di Polizza: 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).

Network/Rete: gli ospedali e gli istituti di carattere scientifico, le case di cura, i centri diagnostici ed i poliambulatori, nonché i medici che esercitano nell'ambito di queste, nelle seguenti forme:
- in forma diretta: senza esborso di denaro da parte dell'Assicurato;
- in forma indiretta: con l'utilizzo delle tariffe preferenziali.

Pagamento in Forma Mista: il pagamento che la Società effettua per le prestazioni mediche eseguite presso Istituti di Cura e da 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.

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

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

Questionario Sanitario: il documento che descrive la storia clinica e 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 costituisce parte integrante della Polizza.

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

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

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

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

Società: RBM Salute S.p.A.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite a cura di Centri Medici, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

SALUTE COMPLETA

Condizioni di Assicurazione

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.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.

Art.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.

Art.3 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, fermo quanto previsto dall'art.15 "Termini di Carenza". Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 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.

Art.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 di anno in anno.

In caso il premio previsto per l'annualità successiva sia superiore a quello in corso, trenta giorni prima della scadenza della polizza la Società comunicherà il nuovo importo. Il Contraente avrà facoltà di disdetta fino alla data di scadenza indicata nel Modulo di polizza.

Art.5 Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo Intero, con l'intesa che le liquidazioni dei danni saranno effettuate in 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.

Art.6 Residenza

La polizza è valida per gli assicurati residenti in Italia.

Il trasferimento della residenza all'estero, costituisce causa di risoluzione del contratto ai sensi dell'art. 1898 del Codice Civile. La Società provvede al rimborso della parte di premio al netto di imposte relativo al periodo di garanzia non goduto.

Inoltre, essendo la residenza uno dei parametri di rischio su cui è calcolato il premio, l'eventuale cambio di residenza in Italia dovrà essere comunicato alla Società e potrà portare ad una variazione, positiva o negativa, del premio stesso.

Art.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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

Art. 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.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

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.

Art. 12 Rinvio alle Norme di Legge

L'Assicurazione è disciplinata dalla legge italiana. Per quanto non previsto nel presente contratto, valgono le norme di legge.

GARANZIE ASSICURATE

Art. 13 Premessa

Le garanzie sono prestate in base alle dichiarazioni rese dall'Assicurato nel relativo Questionario Sanitario. Le dichiarazioni rese devono essere veritiere e complete. La mancata compilazione del Questionario Sanitario, rende inoperanti le garanzie nei confronti dell'Assicurato che ha omesso la relativa compilazione e/o sottoscrizione.

Art. 14 Oggetto dell'Assicurazione

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e con i limiti descritti nell'allegato secondo l'opzione prescelta, specificatamente per ogni singolo punto, a seguito di malattia e/o infortunio, il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato per:

A) Ricovero

1) Ricovero con e senza intervento chirurgico, effettuato in Istituto di Cura, o Intervento ambulatoriale

Prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, gli onorari medici effettuati entro il numero di giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico;

Durante il ricovero

- gli onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento chirurgico;
- i diritti di sala operatoria, il materiale di intervento, gli apparecchi protesici e/o endoprotesici o terapeutici applicati durante l'intervento, necessari al recupero dell'autonomia dell'Assicurato;
- le rette di degenza, con esclusione di quelle concernenti il *comfort* o i bisogni non essenziali del degente;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami, i trattamenti fisioterapici e riabilitativi;

Dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, gli onorari medici, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, nonché le prestazioni finalizzate al recupero della salute quali i trattamenti fisioterapici e riabilitativi, le cure termali (escluse le spese alberghiere), effettuati entro il numero di giorni successivi al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico;

2) Degenza in regime di Day Hospital

Durante la degenza

- le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1 "durante il ricovero". Sono esclusi i trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Prima e dopo la degenza (esclusivamente in caso di intervento chirurgico)

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, gli onorari medici sostenuti entro il numero di giorni precedenti e successivi alla degenza, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario la stessa.

3) Parto Fisiologico

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro il sub-massimale indicato in allegato secondo l'opzione prescelta.

Sono altresì rimborsate le spese relative al neonato (nido, ecc.), fermo quanto previsto al punto 8.

4) Parto Cesareo ed Aborto

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni previste al punto 1 "prima del ricovero", "durante il ricovero" e "dopo il ricovero", entro il sub-massimale indicato in allegato secondo l'opzione prescelta.

Sono altresì rimborsate le spese relative al neonato (nido, ecc.), fermo quanto previsto al punto 8. Le spese per eventuali interventi concomitanti in sede addomino-pelvica o della parete addominale (ad esempio, appendicectomia, asportazione di cisti ovarica, ernie, ecc.) sono rimborsabili nell'ambito del sub-massimale specifico.

5) Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di Cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assicurato.

6) 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 mezzi sanitariamente attrezzati, sia in Italia che all'Estero. In ogni caso è escluso l'utilizzo di eliambulanze.

7) Trapianti

le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni descritte al punto 1, qualora l'Assicurato sia donatore vivente, in caso di trapianto di organi o parte di essi.

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) Neonati

le spese sostenute durante il ricovero, a seguito di infortunio o malattia, del figlio neonato (senza necessità di indicazione in polizza), purché risultino assicurati entrambi i genitori. La garanzia è prestata esclusivamente per i primi due mesi di vita ed è operante a condizione che il parto sia avvenuto trascorso 300 giorni dalla data di effetto della polizza.

9) Indennità Sostitutiva

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

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

La Società rimborsa le spese con gli stessi limiti e alle stesse condizioni descritte al punto 1 "prima del ricovero" e "dopo il ricovero", sostenute nei giorni precedenti e successivi al ricovero. In caso di Day Hospital vale quanto previsto al punto 2.

A parziale deroga dell'art.14 punto 9, l'indennità suddetta opera anche per le sole patologie correlate ai difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla stipula della polizza.

RICOVERO IMPROPRIO

Le spese relative al ricovero improprio verranno rimborsate nell'ambito delle garanzie "Prestazioni di Diagnostiche lett. B" e/o "Visite Specialistiche/Accertamenti" lett. C.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e con i limiti descritti nell'allegato secondo l'opzione prescelta, a seguito di malattia e/o infortunio, il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato per:

B) 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) Visite Specialistiche/Accertamenti

(Cure domiciliari ed Ambulatoriali), con esclusione delle prestazioni indicate alla lettera B

- visite specialistiche, con l'esclusione di visite odontoiatriche ed ortodontiche;
- accertamenti diagnostici ed esami di laboratorio prescritti dal Medico, con l'esclusione degli accertamenti odontoiatrici ed ortodontici;
- trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- noleggio di apparecchiature per i trattamenti fisioterapici e riabilitativi;
- agopuntura purché praticata da Medici;
- assistenza infermieristica domiciliare prescritta dal Medico.

D) Lenti/Occhiali

l'acquisto di lenti per occhiali, montature, lenti a contatto (escluse le "usa e getta"), a seguito di modifica visus certificata da medico oculista, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Sono escluse le visite specialistiche per certificare il solo cambio visus anche nell'ambito della garanzia "Visite Specialistiche/Accertamenti" lett. C.

Si precisa inoltre che è necessario presentare alla Società 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.

TICKET

Qualora le spese, sostenute nell'ambito delle garanzie lett. A - B - C, vengano effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale, l'importo dei ticket sarà rimborsato al 100%.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 15 Termini di Carenza

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 l'aborto e le malattie da gravidanza, dal 30° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione, purché la gravidanza abbia avuto inizio successivamente all'effetto dell'assicurazione;
- per le malattie che siano conseguenza di situazioni patologiche non note all'Assicurato ma insorte, secondo giudizio medico, anteriormente alla stipulazione del contratto, dal 180° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione;
- per i casi di parto e patologie del puerperio, dal 300° giorno successivo a quello in cui ha effetto l'assicurazione.

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

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni e i massimali da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 16 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove);
- 4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 5) 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;
- 6) 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;
- 7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremotile 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;
- 8) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;

- 9) le applicazioni di carattere estetico;
- 10) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali;
- 11) l'interruzione volontaria della gravidanza;
- 12) gli interventi di chirurgia plastica 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 indennizzabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi indennizzabili ai sensi di polizza per tumori maligni;
- 13) le cure e gli accertamenti odontoiatrici/ortodontici e le protesi dentarie;
- 14) le cure ed interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici o malformazioni congenite preesistenti alla stipulazione del contratto, nonché le patologie ad esse correlate, salvo quelle relative a bambini di età inferiore a tre anni assicurati dalla nascita e quanto previsto all'art. 14 punto 9 "Indennità Sostitutiva";
- 15) trattamenti di medicina alternativa o complementare (se non diversamente indicato);
- 16) le prestazioni di medicina alternativa o non convenzionale, salvo l'agopuntura se eseguita da medici iscritti all'Albo;
- 17) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
- 18) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia);
- 19) 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;
- 20) le prestazioni non effettuate da medico o a cura di Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche;
- 21) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi, le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di Legge e gli onorari di medici non iscritti al relativo Albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- 22) le cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 23) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo nonché i vaccini;
- 24) le lungodegenze;
- 25) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze;
- 26) ricoveri impropri;
- 27) le malattie manifestatesi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze, salvo quelle indicate nel Questionario Sanitario e non esplicitamente escluse.

Art. 17

Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, malattie 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. In questo caso la Società provvede al rimborso della parte di premio al netto di imposte relativo al periodo di garanzia non goduto.

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.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 18 Obblighi del Contraente/Assicurato

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente/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.

Art. 19 Modalità di pagamento

la Società indennizza l'Assicurato nel seguente modo:

- Pagamento indiretto – Rimborso all'Assicurato

La Società indennizza a cura ultimata, con la presentazione in originale delle fatture o notule debitamente quietanzate, nonché da:

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale e garanzie Extraospedaliere;
- 3) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio.
- 4) certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta), intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46 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 Istituto di Cura, da Centro Medico o da Medico Specialista.

Il rimborso delle spese sostenute viene effettuato entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa unitamente al modulo di richiesta di rimborso, opportunamente predisposto.

- Pagamento diretto

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni ospedaliere a condizione che l'Assicurato si avvalga di uno o più dei professionisti o degli Istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network e abbia richiesto autorizzazione alla Società con un preavviso di almeno tre giorni lavorativi. Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere a condizione che la spesa preventivata sia pari o superiore a Euro 1.000,00.

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'Assicurato 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 preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

In caso di pagamento in Forma Mista, l'Assicurato deve inviare il preventivo delle spese relative alla parte non convenzionata.

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

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

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.

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 (pagamento diretto ed indiretto) gli originali delle notule, distinte e ricevute verranno restituiti agli Assicurati con posta ordinaria.

Allegato 1

MASSIMALI/SOMME ASSICURATE E CONDIZIONI PER OPZIONE

OPZIONE		BASE
A	PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A1. A2.	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento ed Intervento ambulatoriale	
	Massimale	€ 250.000
	Condizioni:	
	in rete	previsto al 100%
	fuori rete	scoperto 15%
	misto	per le spese in rete e fuori rete valgono le condizioni sopra descritte
	Pre/post	90/90 giorni
	Sub-massimali:	

A3.	Parto Fisiologico	€ 2.500
A4.	Parto Cesareo/Aborto	€ 5.000
A5.	Accompagnatore	€ 80 al giorno - max 50 giorni
A6.	Trasporto dell'assicurato	€ 3.000
A9	Indennità Sostitutiva	€ 150 al giorno - max 300 giorni per il Day Hospital l'indennità è ridotta al 50%
	Pre/post	90/90 giorni
	Ticket	previsti al 100%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE		
B	Prestazioni di Diagnostica	
	Massimale	€ 4.000
	Condizioni	scoperto 20% minimo € 50
	Ticket	previsti al 100%
C	Visite Specialistiche/Accertamenti	
	Massimale	€ 3.000
	Condizioni:	scoperto 20% minimo € 50
	- assistenza infermieristica domiciliare	€ 35 al giorno - max 15 giorni
	Ticket	previsti al 100%
D	Lenti/Occhiali	
	Massimale	€ 300
	Condizioni	franchigia € 30

OPZIONE		PLUS
A	PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A1. A2.	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento ed Intervento ambulatoriale Massimale Condizioni: in rete fuori rete misto Pre/post	€ 350.000 previsto al 100% scoperto 15% per le spese in rete e fuori rete valgono le condizioni sopra descritte 100/100 giorni
A3.	Sub-massimali: Parto Fisiologico	€ 3.000
A4.	Parto Cesareo/Aborto	€ 6.000
A5.	Accompagnatore	€ 100 al giorno - max 50 giorni
A6.	Trasporto dell'assicurato	€ 3.500
A9	Indennità Sostitutiva Pre/post Ticket	€ 200 al giorno - max 300 giorni per il Day Hospital l'indennità è ridotta al 50% 100/100 giorni previsti al 100%
	PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B	Prestazioni di Diagnostica Massimale Condizioni Ticket	€ 5.000 scoperto 20% minimo € 50 previsti al 100%
C	Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale Condizioni: - assistenza infermieristica domiciliare Ticket	€ 4.000 scoperto 20% minimo € 50 € 35 al giorno - max 15 giorni previsti al 100%
D	Lenti/Occhiali Massimale Condizioni	€ 400 franchigia € 30

OPZIONE		TOP
A	PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A1. A2.	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital con/senza intervento ed Intervento ambulatoriale Massimale Condizioni: in rete fuori rete misto Pre/post	€ 500.000 previsto al 100% scoperto 15% per le spese in rete e fuori rete valgono le condizioni sopra descritte 120/120 giorni
A3.	Sub-massimali: Parto Fisiologico	€ 4.000
A4.	Parto Cesareo/Aborto	€ 8.000
A5.	Accompagnatore	€ 150 al giorno - max 50 giorni
A6.	Trasporto dell'assicurato	€ 4.500
A9	Indennità Sostitutiva Pre/post Ticket	€ 250 al giorno – max 300 giorni per il Day Hospital l'indennità è ridotta al 50% 120/120 giorni previsti al 100%
	PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
B	Prestazioni di Diagnostica Massimale Condizioni Ticket	€ 6.000 scoperto 20% minimo € 50 previsti al 100%
C	Visite Specialistiche/Accertamenti Massimale Condizioni: - assistenza infermieristica domiciliare Ticket	€ 5.000 scoperto 20% minimo € 50 € 35 al giorno - max 15 giorni previsti al 100%
D	Lenti/Occhiali Massimale Condizioni	€ 500 franchigia € 30

QUESTIONARIO SANITARIO DI I LIVELLO

ESTREMI DEL CONTRATTO

INTERMEDIARIO	CODICE	POLIZZA N.	RAMO
---------------	--------	------------	------

DICHIARAZIONI SULLO STATO DI SALUTE

- 1) Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'assicurato o dal soggetto legittimato, possono compromettere il diritto alla prestazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 del Codice Civile.
- 2) Prima della sottoscrizione del questionario sanitario il soggetto di cui al punto 1 deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni riportate nel questionario.

N° 1 Assicurato: "NOME/COGNOME"	"DATA DI NASCITA"
a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici (compresi i difetti della vista) obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b) Ha subito traumi o infortuni per i quali sia tuttora in cura o siano in corso di accertamento le conseguenze o i postumi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c) E' affetto da malattia o da complicanze o postumi di malattia, che richiedano specifiche cure o esami o accertamenti periodici?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
d) Ha subito subito interventi chirurgici diversi da quelli sotto elencati (compreso parto cesareo)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Ricevuta l'Informativa Privacy (MOD. AP PRY 0002 - Ed. 07/2009) ai sensi dell'Art. 13 Dlgs. n. 196/2003 con la sottoscrizione del presente questionario esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, effettuato da RBM Salute S.p.A. alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa Privacy e al trattamento da parte di questi ultimi.

Data _____

Firma _____

Ciascun assicurato è tenuto a firmare le dichiarazioni sanitarie rese; in caso di minore dovrà essere apposta la firma di chi ne esercita la potestà.

N° 2 Assicurato: "NOME/COGNOME"	"DATA DI NASCITA"
a) Presenta menomazioni, malformazioni, difetti fisici (compresi i difetti della vista) obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
b) Ha subito traumi o infortuni per i quali sia tuttora in cura o siano in corso di accertamento le conseguenze o i postumi?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
c) E' affetto da malattia o da complicanze o postumi di malattia, che richiedano specifiche cure o esami o accertamenti periodici?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
d) Ha subito interventi chirurgici diversi da quelli sotto elencati (compreso parto cesareo)?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Ricevuta l'Informativa Privacy (MOD. AP PRY 0002 - Ed. 07/2009) ai sensi dell'Art. 13 Dlgs. N. 196/2003 con la sottoscrizione del presente questionario esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, effettuato da RBM Salute S.p.A. alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa Privacy e al trattamento da parte di questi ultimi.

Data _____

Firma _____

Ciascun assicurato è tenuto a firmare le dichiarazioni sanitarie rese; in caso di minore dovrà essere apposta la firma di chi ne esercita la potestà.

ELENCO INTERVENTI CHIRURGICI

Appendicectomia, adenoidectomia, tonsillectomia, settoplastica nasale, correzione di alluce valgo (solo se eseguita su entrambi i piedi), intervento di varici (solo se eseguito ad entrambi gli arti inferiori), asportazione della milza a seguito di rottura traumatica, varicocele, fimosi, ernioplastica (inguinale, crurale ecc. solo se operata da più di 5 anni), colecistectomia per calcoli, asportazione di cisti sinoviali, lipomi, neoformazioni cutanee benigne, pneumotorace traumatico, isterectomia (non per forme tumorali maligne).

In caso vi sia anche una sola risposta positiva al presente questionario, la polizza potrà essere sottoscritta per il relativo assicurato se successivamente alla compilazione del Questionario Sanitario di II livello (MOD. AT QA0005 ED. 07/2009).

QUESTIONARIO SANITARIO DI II LIVELLO

Il presente questionario deve essere redatto personalmente dall'Assicurato o, se minore, dalla persona esercente la potestà, anche con il supporto del medico curante.

SEZIONE A - DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Cognome e Nome dell'Assicurato: _____
 Via/Piazza: _____ n°: _____ Cap: _____
 Località: _____ Prov.: _____ Telefono: _____
 Data di nascita: _____ Peso: _____ Altezza: _____ Pressione arteriosa: Min.: _____ Max.: _____
 Attività lavorativa principale (e secondaria): _____

SEZIONE B - NOTIZIE SUI FAMILIARI DELL'ASSICURATO

<i>Viventi</i>	<i>Eventuali patologie in atto</i>	<i>Deceduti</i>	<i>Età decesso</i>	<i>Causa decesso</i>
Padre: _____	_____	Padre: _____	_____	_____
Madre: _____	_____	Madre: _____	_____	_____
Fratelli/Sorelle n° _____	_____	Fratelli/Sorelle n° _____	_____	_____
Figli n° _____	_____	Figli n° _____	_____	_____

SEZIONE C - NOTIZIE SUI PRECEDENTI ASSICURATIVI

1. Le è mai stata riconosciuta da Società di assicurazione una invalidità permanente o una Inabilità temporanea?
 - sulla base della polizza infortuni NO SI quando e perché _____
 - a titolo di responsabilità civile

2. Fruisce di pensione di Invalità o ha presentato domanda per ottenerla? NO SI per infortuni sul lavoro per malattie professionali altro

2.1 Gode della qualifica di invalido civile? NO SI Specificare: (percentuale di invalidità, anno, infermità, ente erogatore) _____

3. Ha in corso altre polizze per assicurazioni malattia, infortunio o vita? NO SI Con quale Società di assicurazione? _____

segue SEZIONE C

3.1 Ne ha avute precedentemente? NO SI _____
 Con quale Società di assicurazione? _____
 Per quale motivo sono state annullate? _____

3.2 E' mai stata rifiutata od accettata a NO SI perché:
 condizioni speciali da parte di un'altra _____
 Società di assicurazione una sua _____
 richiesta di polizza malattia, infortunio _____
 o vita? _____
 Quale Società di assicurazione? _____

SEZIONE D - NOTIZIE GENERALI SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

1 Soffre o ha sofferto in passato di NO SI
 malattie che abbiano comportato un
 ricovero ospedaliero (con o senza
 intervento chirurgico)? _____
 a) Se si, quali e quando? _____
 b) Con degenza superiore a 8 giorni? _____
 c) Con postumi clinici permanenti? _____

2 Ha subito in passato infortuni che NO SI
 abbiano causato un ricovero
 ospedaliero (con o senza intervento
 chirurgico)? _____
 a) Se si, quali e quando? _____
 b) Con degenza superiore a 8 giorni? _____
 c) Con postumi clinici permanenti? _____

3 Assume farmaci a scopo terapeutico in NO SI
 modo continuativo? _____
 a) Se si, quale/i e per quale motivo? _____

4 Ha effettuato negli ultimi 3 anni NO SI
 accertamenti diagnostici che abbiano
 dato risultato patologico? _____
 a) Se si, quali? _____
 b) Con quale esito? _____

SEZIONE E.1 - NOTIZIE DETTAGLIATE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

1 Negli ultimi 3 anni ha sofferto di NO SI se SI specificare la causa:
 malattie che abbiano comportato cure
 mediche o chirurgiche ed assenza dal
 lavoro per un periodo complessivo
 superiore a 3 mesi o per singoli periodi
 continuativi superiori a 15 giorni? _____

Segue SEZIONE E.1 - NOTIZIE DETTAGLIATE SULLO STATO DI SALUTE DELL'ASSICURATO

			Quando	Perché	Esito
2	Ha praticato negli ultimi 5 anni esami e/o accertamenti diagnostici?				
	Elettrocardiogramma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____		
	Radiografie	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____		
	Elettroencefalogramma	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____		
	Esami del sangue	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____		
	Anti - HIV	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____		
	HBsAg (epatite)	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____		
	Esami urine	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____		
	Altri	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	_____		
3	E' stato sottoposto a Radioterapia o Chemioterapia?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	specificare: (anno, tipo, durata, motivo) _____ _____ _____		
4	E' stato mai sottoposto a emotrasfusioni e/o terapie a base di emoderivati?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	motivo _____ _____		
5	Ha imperfezioni fisiche o disturbi funzionali?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quali, da quando e di che grado		
			della vista: miopia	<input type="checkbox"/>	_____
			astigmatismo	<input type="checkbox"/>	_____
			altri	<input type="checkbox"/>	_____
			dell'udito	<input type="checkbox"/>	_____
			degli arti	<input type="checkbox"/>	_____
			altri	<input type="checkbox"/>	_____
6	Ha subito traumi o lesioni accidentali?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	Quali e da quando		
			del cranio	<input type="checkbox"/>	_____
			degli organi di senso	<input type="checkbox"/>	_____
			degli arti	<input type="checkbox"/>	_____
			di altre localizzazioni	<input type="checkbox"/>	_____
7	Fa uso:				
	a) di tabacco?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	quanto e da quando? _____		
	b) di alcolici?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	quanto e da quando? _____		

Segue E.1

8	Ha mai fatto o fa uso di sostanze stupefacenti?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	tipo di sostanza assunta e da quanto tempo: _____ _____
9	PER UOMINI E' stato riformato alla visita per il servizio militare?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	motivo: _____ _____
10	PER DONNE a) ha alterazioni del ciclo e/o disturbi genitali o malattie delle mammelle?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	quali? _____ _____
	b) è incinta?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	mese di gravidanza _____
	c) precedenti gravidanze	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	quante? _____ aborti <input type="checkbox"/> quanti? _____ parti cesarei <input type="checkbox"/> quanti? _____ parti prematuri <input type="checkbox"/> quanti? _____ figli <input type="checkbox"/> quanti? _____

SEZIONE E.2

1	Ha sofferto o soffre di malattie:		
	a) infettive?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	quando, tipo e durata: _____ _____
	b) dell'apparato respiratorio?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> bronchite <input type="checkbox"/> enfisema <input type="checkbox"/> pleurite <input type="checkbox"/> tbc <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata: _____ _____
	c) dell'apparato cardiocircolatorio?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> infarto <input type="checkbox"/> angina pectoris <input type="checkbox"/> ipertensione <input type="checkbox"/> valvulopatie <input type="checkbox"/> varici degli arti inferiori <input type="checkbox"/> altre malattie Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata: _____ _____
	d) dell'apparato digerente?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> ulcera gastrodenale <input type="checkbox"/> colite ulcerosa <input type="checkbox"/> epatite virale <input type="checkbox"/> cirrosi epatica <input type="checkbox"/> calcolosi biliare <input type="checkbox"/> emorroidi <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata: _____ _____
	e) dell'apparato urogenitale?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> nefriti <input type="checkbox"/> calcolosi <input type="checkbox"/> insufficienza renale <input type="checkbox"/> prostata <input type="checkbox"/> ovaio <input type="checkbox"/> utero <input type="checkbox"/> tumori <input type="checkbox"/> altre malattie Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza e durata: _____ _____

Segue E.2

- f) dell'apparato osteoarticolare? NO SI artriti artrosi ernia disco gotta tumori
 altre malattie
Precisare per ogni malattia natura, l'anno di insorgenza durata e la sede: _____
- g) del sistema nervoso o della psiche? NO SI morbo di Parkinson demenza epilessia tumori
 altre malattie o disturbi
Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: _____
- h) del sistema endocrino? NO SI della tiroide del surrene di altre ghiandole
 altre malattie o disturbi
Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: _____
- i) metaboliche? NO SI diabete dislipidemia iperuricemia altre malattie
Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: _____
- l) del sangue? NO SI anemie leucemie altre malattie o disturbi
Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: _____
- m) del connettivo NO SI connettivite mista lupus eritematoso sistemico (LES)
 poliarterite nodosa sclerodermia altre malattie o disturbi
Precisare per ogni malattia/disturbo natura, l'anno di insorgenza e durata: _____
- n) della pelle? NO SI _____
- o) ernie? NO SI _____
- p) altre malattie o disturbi? NO SI _____

2 ULTERIORI CONSIDERAZIONI _____

L'Assicurando dichiara ad ogni effetto di legge che le informazioni e le risposte a tutte le domande del presente questionario sono veritiere e che non ha taciuto, omesso od alterato alcuna circostanza in rapporto al questionario stesso. L'Assicurato inoltre:

- riconosce che le notizie ed i dati richiesti sono elementi fondamentali e necessari alla valutazione del rischio da parte della Società;
- proscioglie dal segreto professionale tutti i medici alle cui prestazioni sia ricorso o dovesse ricorrere nonché autorizza gli Enti Sanitari, Istituti in genere pubblici e privati, che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che lo riguardano, a rilasciare ogni relativa informazione, certificazione e documentazione;
- si impegna altresì a fornire, a richiesta dell'impresa o da chi per essa, ulteriori notizie e/o documentazioni cliniche necessarie ad una corretta valutazione del rischio;
- dichiara di aver ricevuto l'Informativa Privacy (MOD. AP PRY 0002 – Ed. 08/2011) ai sensi dell'Art. 13 Dlgs. n. 196/2003 con la sottoscrizione del presente questionario esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, effettuato da RBM Salute S.p.A. alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'Informativa Privacy e al trattamento da parte di questi ultimi.

LETTO ED APPROVATO SPECIFICATAMENTE

FIRMA DELL'ASSICURATO O, SE MINORE, FIRMA DI CHI NE ESERCITA LA POTESTA'

Data, _____

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

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

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

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

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

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

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

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti(3), sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.

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

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

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Diritti dell'interessato⁽⁵⁾

Titolare del trattamento è RBM 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)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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.

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. 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).

