

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

RBM TUTTOSALUTE! 

Weekend  Salute

**RBM
TUTTOSALUTE!
WEEK END IN SALUTE**

*Contratto di Assicurazione
per l'indennizzo delle spese sanitarie*

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto da ISVAP (ora 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. Il contratto di assicurazione è disciplinato dalla normativa sul collocamento a distanza.

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 062700, 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%

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

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

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

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

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

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede, a seconda del Modulo prescelto, il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per Ricoveri in Istituti di Cura ed Intramoenia (Privati), Ricoveri in Ospedale (S.S.N.), Extraospedaliere (Alta Specializzazione, Visite Specialistiche, Ticket Sanitari

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.

per accertamenti diagnostici e pronto soccorso, Pacchetto Maternità), Prevenzione, Cure Dentarie, Non Autosufficienza, Medicinali (vedi art. 14 delle CGA, Moduli nn. 1, 2, 3, 4, 5, 6 e 7).

Avvertenza:

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

Protezione "Base"

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie descritte nei Moduli nn. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (vedi anche art. 14 delle CGA e). Ad esempio, se il massimale del Modulo n. 1 è di € 90.000,00 per persona, il totale degli indennizzi in un anno non può superare tale importo.

Protezione "Alta"

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie descritte nei Moduli nn. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (vedi anche art. 14 delle CGA). Ad esempio, se il massimale del Modulo n. 1 è di € 100.000,00 per persona, il totale degli indennizzi in un anno non può superare tale importo.

Protezione "Totale"

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie descritte nei Moduli nn. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (vedi anche art. 14 delle CGA). Ad esempio, se il massimale del Modulo n. 1 è di € 120.000,00 per persona, il totale degli indennizzi in un anno non può superare tale importo.

Avvertenza: La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi art. 14 delle CGA e Moduli nn. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

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

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

Ad esempio:

- a) in caso di acquisto del Modulo n. 1 RICOVERO CLINICA PRIVATA, se l'Assistito deve sottoporsi in assistenza diretta ad "Intervento su anca e con impianto di protesi non conseguente a trauma" per un costo complessivo di € 28.000, la Società pagherà alla struttura convenzionata € 27.000 e l'Assistito dovrà pagare € 1.000, dal momento che in assistenza diretta è prevista l'applicazione di una franchigia pari a € 1.000 per evento.
- b) in caso di acquisto del Modulo n. 3 VISITE E DIAGNOSTICA, se l'Assistito deve sottoporsi ad una "Visita dermatologica" in assistenza diretta, a fronte di un costo totale di € 100, la Società pagherà alla struttura convenzionata € 75 e l'Assistito dovrà pagare € 25 (poiché è prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 25 per prestazione).

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

N.B: per le prestazioni richieste in regime di assistenza diretta presso un Centro Autorizzato Previmedical aderente all'iniziativa *Weekend in Salute*[®] (vedi elenco nel sito

www.weekendinsalute.it), le suddette franchigie/scoperti verranno ridotte di un terzo (con arrotondamento all'euro superiore).

4. Periodi di carenza contrattuali

La polizza prevede periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attiva la copertura assicurativa e pertanto non possono essere rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute.

Per periodo di carenza si intende il periodo di tempo in cui, pur essendo stata attivata la copertura assicurativa, non è riconosciuto alcun indennizzo.

Le condizioni di assicurazione riportano i periodi di carenza, differenziati per tipologia di evento; pertanto, a seconda delle prestazioni eseguite, il periodo di carenza potrà avere diversa durata.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità (e quindi senza un giorno di mancata copertura assicurativa), di altra polizza, stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assistito 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.

In caso di mancato pagamento di una rata di premio, saranno applicati nuovamente i termini di carenza previsti in polizza (vedi artt. 3-4 delle CGA).

Esempio:

a) Ipotizziamo che il contratto assicurativo sia stato sottoscritto il 01/08/2014.

L'Assistito che, in data 15/08/2014, si sia sottoposto ad "Intervento su anca e con impianto di protesi non conseguente a trauma" in clinica privata (Modulo 1) non avrà diritto al rimborso in quanto è prevista una carenza di 30 giorni.

b) Ipotizziamo che il contratto assicurativo sia stato sottoscritto il 01/08/2014.

L'Assistito che, in data 15/09/2014, si sia sottoposto ad "Intervento su anca e con impianto di protesi non conseguente a trauma" in clinica privata (Modulo 1) avrà diritto al rimborso nei termini di polizza.

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

Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze (ovvero le omissioni) dell'Assistito 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: il rifiuto del Contraente di fornire informazioni utili alla Società per valutare l'adeguatezza del contratto in relazione alle esigenze assicurative nonché la propensione al rischio del Contraente pregiudica la capacità della Società stessa di individuare il contratto adeguato alle sue esigenze.

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

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, in caso di trasferimento della residenza si può verificare un aggravamento del rischio che va comunicato (vedi art. 1 delle CGA).

7. Premi

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

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

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

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

- acquisto di 1 o più moduli;
- acquisto di tutti i moduli, usufruendo di uno sconto addizionale;
- estensione della copertura al nucleo familiare;
- stato del familiare da assicurare (coniuge/convivente *more uxorio* o figli);
- età dell'assicurato;
- residenza dell'assicurato;
- durata del contratto di assicurazione.

Relativamente ai contratti di durata poliennale (tre o cinque anni), si segnala che, conformemente a quanto previsto dell'art. 1899, comma 2, del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21, comma 3, della L. 23 luglio 2009, n. 99, la Società, al momento della determinazione del premio, ha praticato le seguenti riduzioni medie rispetto al premio applicato in caso di durata annuale del contratto:

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

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

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

9. Diritto di recesso - ripensamento

Avvertenza: La facoltà di recesso da parte del Contraente è preclusa.

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

Avvertenza: Il Contraente ha la facoltà di esercitare il diritto di ripensamento nei 14 giorni successivi alla sottoscrizione del contratto, secondo quanto previsto dall'art. 67 duodecies del Codice del Consumo. Il diritto di ripensamento dovrà essere esercitato tramite invio di raccomandata a/r da spedire a: RBM Salute S.p.A. - Sede Legale - via E. Forlanini, 24 - 31022, Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde. Qualora il Contraente eserciti il diritto di ripensamento, la Società provvederà alla restituzione del premio versato al netto di ogni imposta applicabile, degli oneri fiscali e parafiscali e della parte di premio per la quale la copertura ha avuto effetto in ragione di 1/360 del premio annuo per giorno di garanzia.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto (art. 2952 del codice civile)

Ai sensi dell'art. 2952 comma 2 del Codice Civile, il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente polizza è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

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

11. Legge applicabile al contratto

Il contratto e i rapporti antecedenti alla sua conclusione sono regolati dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale

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

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

13. Trasmissione della documentazione

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

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

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

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: la data del sinistro è quella in cui si è verificato il ricovero. In caso di prestazioni extraospedaliere, la data del sinistro è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società non appena l'assicurato o i suoi aventi diritto non appena ne abbiano la possibilità; la Società può richiedere che l'assicurato sia visitato da un proprio fiduciario, ovvero un consulente individuato dalla Società (vedi art. 18 delle CGA e Modulo n. 6)

15. Assistenza diretta - Convenzioni

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

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

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

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

16. Reclami

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

Sarà cura della Società 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 ad 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 dettagliatamente le circostanze.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo ad IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet <http://www.ec.europa.eu/fin-net> chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

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

17. Foro Competente

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

18. Arbitrato

Non è previsto arbitrato.

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

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

Infatti, il 20 marzo 2010 è entrato in vigore il Decreto legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali". Il Contraente dovrà rivolgersi ad un organismo di mediazione imparziale iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia. Il Contraente dovrà far pervenire la predetta richiesta di mediazione depositata alla sede legale di RBM Salute S.p.A., Ufficio Reclami, via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde, Preganziol (Treviso) oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

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

Per i dettagli si rinvia all'art. 12 "Controversie: mediazione" delle CGA.

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



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

GLOSSARIO

Assistito o Assicurato: colui il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto con il quale la Società si impegna a tenere indenne l'Assistito entro i limiti convenuti, del danno ad esso prodotto da un sinistro.

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

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

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

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

Centro Medico: struttura dotata di direzione sanitaria, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi). Tale struttura può anche non essere adibita al ricovero, e non deve essere finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica.

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

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

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

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

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

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

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero.
- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata, relativa allo specifico evento.

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

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

Indennità sostitutiva: indennizzo forfettario giornaliero riconosciuto in caso di ricovero che non comporti il rimborso di spese sanitarie.

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

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

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

Intervento Chirurgico concomitante: qualsiasi procedura chirurgica effettuata nella medesima sessione dell'intervento principale.

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in équipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.

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

Istituto di Cura: Ospedale, clinica universitaria, istituto universitario o clinica privata regolarmente autorizzati, in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera.

Non si considerano "istituto di cura" gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, nonché colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA).

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

LTC - Long Term Care: "Cure a Lungo Termine" per fornire protezione e assistenza alle condizioni di non autosufficienza.

Lungodegenza: ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assistito siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un istituto di cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale o fisioterapico di mantenimento.

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

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

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

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

Modulo: una o più garanzie assicurative previste dalla Polizza.

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e a tariffa agevolata mediante l'utilizzo della Card RBM Salute-Previmedical. L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile sul sito internet www.rbmsalute.it.

Non autosufficienza: l'incapacità totale, permanente e irreversibile di svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana correlate alla mobilità, all'alimentazione e all'igiene personale.

Nucleo familiare: il coniuge o il convivente more uxorio, i figli legittimi fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia.
Sono inoltre compresi i figli naturali riconosciuti, i figli adottivi, i figli affidati o affiliati, i figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanente non inferiore a due terzi.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Protesi acustica (Apparecchio acustico): è un dispositivo elettronico esterno indossabile avente la funzione di amplificare e/o modificare il messaggio sonoro, ai fini della correzione qualitativa e quantitativa del deficit uditivo conseguente a fatti morbosi, avente carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo (escluse pertanto ad esempio le ortosi, ovvero: tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Ricovero: degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, documentato da una Cartella Clinica e da una SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

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'Assistito. Se non diversamente indicato si applica per evento.

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

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

Società: RBM Salute S.p.A.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA (Condizioni Generali di Assicurazione) fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Supporto durevole: qualsiasi strumento che permetta al Contraente di memorizzare informazioni a lui personalmente dirette in modo che possano essere agevolmente recuperate durante un periodo di tempo adeguato ai fini cui sono destinate le informazioni stesse, e che consenta la riproduzione immutata delle informazioni memorizzate.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

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

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

- SEZIONE I

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

- SEZIONE II

- Servizi aggiuntivi Previmedical
 - Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata
 - Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.)
 - Modulo n. 3 – Visite e Diagnostica
 - Modulo n. 4 – Prevenzione
 - Modulo n. 5 – Dentista
 - Modulo n. 6 – Non Autosufficienza
 - Modulo n. 7 – Medicinali
-

- ALLEGATI

1. Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
 2. Informativa relativa alle aree web riservate attivate ai sensi del Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013
-

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

RBM TUTTOSALUTE! [®]
Weekend [®] **Salute** [®]

***RBM TUTTOSALUTE!
WEEK END IN SALUTE***

***CONDIZIONI GENERALI
DI ASSICURAZIONE***

Sezione I

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Se il Contraente e/o l'Assistito forniscono informazioni non complete e/o false che possono influenzare la valutazione del rischio, possono perdere o vedersi limitato il diritto all'indennizzo, nonché determinare la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

AVVERTENZA: Se il Contraente e/o l'Assistito non forniscono le informazioni adeguate, il contratto potrebbe non essere adeguato alle loro esigenze.

Art.2 Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e/o l'Assistito 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'Assistito deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Lo stesso vale anche nel caso in cui il medesimo rischio sia coperto da contratti stipulati dall'assistito con Enti, Casse e Fondi integrativi sanitari.

È fatto salvo il diritto di regresso della Società e, quindi, la facoltà della Società di recuperare l'eventuale somma versata a titolo di pagamento del danno.

Per diritto di regresso si intende che la Società può chiedere la restituzione di quanto pagato a copertura del danno.

Art.3 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data di sottoscrizione salvo buon fine (SBF) dell'incasso del premio o della prima rata di premio; si precisa che il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie nel caso in cui l'Assistito si avvalga di uno o più professionisti o degli Istituti convenzionati con il Network non è riconosciuto fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

Se il Contraente non paga le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00:00 del 16° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme restando le scadenze successive stabilite dal contratto, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. In questo caso il pagamento diretto delle prestazioni sanitarie non è riconosciuto dalla Società fino ad incasso avvenuto (dopo incasso).

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

In caso di pagamento dei premi successivo al 16° giorno, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa previsti dal paragrafo "Carenza" dei successivi Moduli nn. 1, 2, 3, 5 (lettere A e B), 6 e 7.

Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

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

- acquisto di 1 o più Moduli;
- acquisto di tutti i Moduli, usufruendo di uno sconto addizionale;

- estensione della copertura al nucleo familiare;
- stato del familiare da assicurare (coniuge/convivente *more uxorio* o figli);
- età dell'assicurato;
- residenza dell'assicurato;
- durata del contratto di assicurazione.

È data facoltà di estendere la copertura ai familiari esclusivamente in sede di sottoscrizione della Polizza e a condizione che siano acquistati gli stessi Moduli del titolare.

L'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza non è consentita, ad eccezione dei neonati, per i quali il Contraente può chiedere online l'inserimento in copertura entro il termine massimo di 30 (trenta) giorni dalla nascita.

Relativamente ai contratti di durata poliennale (tre o cinque anni), si segnala che, conformemente a quanto previsto dell'art. 1899, comma 2, del Codice Civile, così come modificato dall'art. 21, comma 3, della L. 23 luglio 2009, n. 99, la Società, al momento della determinazione del premio, ha praticato le seguenti riduzioni medie rispetto al premio applicato in caso di durata annuale del contratto:

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

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

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

Art.4 Tacito rinnovo

In mancanza di disdetta, che deve essere comunicata mediante lettera raccomandata alla Società almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza della polizza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente, tranne che nel caso di contratti di durata poliennale (tre o cinque anni) per i quali l'assicurazione è prorogata per due anni e così successivamente.

In ogni caso, ove uno degli Assicurati raggiunga i 75 anni di età la polizza terminerà alla scadenza successiva, senza necessità di invio della disdetta.

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

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

Art.5 Estensione Territoriale

La polizza è valida per gli assistiti residenti in Italia.

L'assicurazione vale per il Mondo intero, con l'intesa che l'indennizzo verrà corrisposto in Euro.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE (Banca Centrale Europea).

Art.6 Forma delle Comunicazioni

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

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

Art.7 Obblighi di consegna documentale

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

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

Art.8 Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- modifiche statutarie attinenti al cambio di denominazione sociale o al trasferimento di sede sociale,
 - trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso,
- la Società, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione, renderà al Contraente e/o all'Assistito un'informativa di dettaglio.

Art.9 Assicurazione per conto altrui

Gli obblighi della polizza devono essere sostenuti dal Contraente anche quando questo stipuli il contratto per conto di altri, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assistito, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art.10 Imposte

Le imposte e gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli accessori della polizza e degli atti da essa dipendenti sono a carico del Contraente.

Art.11 Foro Competente

Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Contraente.

Art.12 Controversie: mediazione

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

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

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

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

Art.13 Rinvio alle Norme di Legge

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

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art.14 Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura il rimborso delle spese sostenute dall'Assistito durante l'operatività del presente Contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio, come definite nei Moduli allegati.

Tali spese sono rimborsate fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nei singoli Moduli allegati.

Art.15 Presenza di più coperture assicurative

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

Il rimborso avverrà per la parte di spesa rimasta eventualmente scoperta dopo la conclusione della pratica del rimborso prioritariamente richiesto all'altro Assicuratore, Ente, Cassa o Fondo fino alla concorrenza del massimale previsto dagli specifici Moduli della presente Polizza applicando le condizioni di polizza previste (franchigie, scoperti e massimali).

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

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art.16 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) gli infortuni avvenuti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose o atti autolesivi;
- 2) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni;
- 3) gli infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei, sport comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore (e relative corse, gare, prove); mountain bike e "downhill";
- 4) gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- 5) le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assistito abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;

- 6) le conseguenze dirette od indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
- 7) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- 8) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- 9) l'interruzione volontaria della gravidanza;
- 10) gli interventi di chirurgia plastica a scopo estetico, salvo i seguenti casi: i) a scopo ricostruttivo, anche estetico, per bambini che non abbiano compiuto il primo anno di età e assicurati dalla nascita; ii) a scopo ricostruttivo a seguito di infortunio rimborsabile ai sensi di polizza; iii) a scopo ricostruttivo a seguito di interventi demolitivi, rimborsabili ai sensi di polizza, per tumori maligni;
- 11) le cure dentarie, paradentarie, ortodontiche, le protesi dentarie e i trattamenti odontostomatologici (effettuati anche in regime di ricovero, Day Hospital, Intervento Ambulatoriale), salvo quanto previsto nel Modulo 5 "Dentista", se inserito in copertura;
- 12) le cure e gli interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici, salvo quanto previsto alla lettera C del Modulo 1 per "Interventi neonatali per correzione malformazioni congenite", se inserito in copertura;
- 13) cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza;
- 14) trattamenti di medicina alternativa o complementare;
- 15) ricoveri in lungodegenza;
- 16) le prestazioni sanitarie, le cure e gli interventi per infertilità, sterilità maschile e femminile, fecondazione assistita di qualsiasi tipo, impotenza, nonché tutte le prestazioni mediche e gli interventi chirurgici finalizzati o conseguenti alla modifica di caratteri sessuali primari e secondari;
- 17) la correzione dei vizi di rifrazione (miopia, astigmatismo, ipermetropia e presbiopia), salvo quanto eventualmente indicato;
- 18) gli interventi di chirurgia finalizzata alla cura dell'obesità (bariatrica), ad eccezione dei casi di obesità di III grado (Indice di Massa Corporea uguale o superiore a 40). Sono altresì escluse le prestazioni e le terapie in genere con finalità dietologica;
- 19) le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi e le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quelle infermieristiche e i trattamenti fisioterapici e riabilitativi come normati nel "dopo il ricovero" del Modulo 1, lettera A, se inserito in copertura;
- 20) cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
- 21) le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo, i vaccini, salvo quanto previsto nel Modulo 4 "Prevenzione";
- 22) le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti al relativo albo professionale e/o privi di abilitazione professionale;
- 23) ricoveri impropri;
- 24) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze e complicanze;
- 25) le malattie manifestatesi precedentemente alla data di decorrenza della polizza nonché le relative conseguenze;

26) i parafarmaci e i medicinali non compresi nella categoria “medicinali” dell’Informatore Farmaceutico edito da Codifa, nonché i medicinali omeopatici e galenici.

Art.17 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 67 anni. Il limite di età in uscita, invece, è di 75 anni. Pertanto per gli Assicurati che raggiungano il settantacinquesimo anno di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto.

Se la polizza prevede più persone assicurate si fa riferimento all’età della persona più anziana; **non possono essere rinnovate polizze con Assicurati di età pari o superiore a 75 anni.**

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV. Nel caso di manifestazione di una di queste malattie nel corso della validità della polizza, l’assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall’art. 1898 del Codice Civile. È prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

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

LIQUIDAZIONE DELL’INDENNIZZO

Art.18 Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente/ Assistito alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L’inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell’art. 1915 del Codice Civile.

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

Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall’Italiano, dall’Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali spese di traduzione resteranno a carico dell’Assistito.

L’Assistito, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l’Assistito stesso.

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

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

Si precisa che qualora l’assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata, e/o un medico convenzionato e/o un odontoiatra convenzionato (se previste le cure dentarie) ha sempre l’obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta.

a) Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito

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

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, nel caso dei Moduli extraospedalieri;
- 3) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio. In caso di cure dentarie da infortunio (se previste dal Modulo attivato) le stesse dovranno essere adeguate alle lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente provato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Per poter richiedere il rimborso, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto. Le prestazioni suddette devono essere effettuate da un medico o un infermiere (ovvero personale specializzato), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

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

b) Pagamento diretto

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

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

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

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

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

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

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

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

Si precisa che l'eventuale scoperto per le spese pre e post di un ricovero seguirà quello previsto dal regime liquidativo applicato (in convenzione diretta o non in convenzione diretta). Si terrà in ogni caso conto del calcolo di eventuali scoperti o franchigie già applicati sulle spese sostenute durante il ricovero.

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di ricovero in istituto di cura in regime di pagamento diretto qualora, sia nel corso della ospedalizzazione o successivamente alla stessa, si dovesse accertare la non validità della polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione, la Società ne darà comunicazione scritta all'Assistito, il quale dovrà restituire alla Società stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'istituto di cura se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Sezione II

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

Inoltre gli assistiti con la presente polizza potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente dalla Centrale Operativa senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

1. SERVIZIO DI CONSULENZA MEDICA, INFORMAZIONI SANITARIE E RICERCA DEGLI ISTITUTI DI CURA

Qualora l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti di una consulenza medica, può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi.

Le modalità di fornitura della consulenza medica si differenziano a seconda della natura della richiesta:

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

Quando l'Assistito necessita di consigli medico-sanitari generici e/o di informazioni sul reperimento di medici e strutture specialistiche sul territorio nazionale ed internazionale, la Centrale Operativa mette a sua disposizione un esperto per un consulto telefonico immediato. Il servizio fornisce, inoltre, informazione sanitaria in merito a farmaci (composizione, indicazioni e controindicazioni), preparazione propedeutica ad esami diagnostici, profilassi da eseguire in previsione di viaggi all'estero. Qualora l'Assistito, successivamente al predetto consulto, necessitasse di una visita specialistica, la Centrale Operativa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

Quando, in seguito ad infortunio o malattia suscettibili di dover dar luogo a interventi di particolare complessità, l'Assistito necessita di informazioni riguardanti centri sanitari di alta specializzazione in Italia e nel mondo, la Centrale Operativa è in grado di mettere a disposizione la sua équipe medica per fornire le informazioni necessarie.

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione avviando ad eventuali problemi di comunicazione e di lingua.

Per una più approfondita valutazione delle condizioni di salute del paziente ed, eventualmente, individuare le strutture più appropriate per la cura dello stesso, i medici della Centrale Operativa possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di specialisti con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

Non è previsto alcun costo a carico dell'Assistito per la chiamata.

Rimangono invece a suo carico i costi per gli eventuali interventi e/o visite a domicilio, con applicazione però di tariffe comunque convenzionate.

3. SECOND OPINION

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa la documentazione clinica in suo possesso, può ricevere un secondo parere medico dalle migliori strutture specialistiche e centri di eccellenza presenti in Italia ed all'estero, complementare rispetto ad una precedente valutazione medica.

4. TUTORING

L'Assistito può disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali. Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.


Il servizio non comporta costi per l'Assistito da telefono fisso.

5. SERVIZIO CARD (RBM SALUTE-PREVIMEDICAL)

Qualora l'Assistito intenda utilizzare una struttura convenzionata con Previmedical senza accedere al regime di pagamento diretto, potrà farlo esclusivamente per le prestazioni sanitarie non previste dal/i Modulo/i attivato/i oppure non rimborsabili ai sensi di polizza per esaurimento dei relativi massimali. In questo caso al fine di ottenere l'applicazione delle tariffe agevolate riservate agli assistiti di Previmedical, dovrà identificarsi in fase di accesso alla struttura mostrando la card RBM Salute-Previmedical.

Si ricorda che le tariffe agevolate riservate agli assistiti di Previmedical titolari della card RBM Salute-Previmedical sono meno vantaggiose del tariffario applicato al regime diretto.

Preganziol, 09 giugno 2014



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

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

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

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

MODULO N. 1 – RICOVERO CLINICA PRIVATA

A) RICOVERI

La Società provvede al rimborso delle spese esclusivamente per i seguenti interventi chirurgici:

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Asportazione tumori dell'orbita

Interventi di cranioplastica

Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale

Interventi sul plesso brachiale

Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

Ernia femorale

Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordecctmia)

Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale

Interventi sulle paratiroidi

Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia

Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilatele

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per cisti o tumori del mediastino

Interventi per echinococcosi polmonare
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Angioplastica con eventuale stent
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Appendicectomia con peritonite diffusa
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi con esofagoplastica
Interventi di amputazione del retto-ano
Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococcosi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
Intervento per neoplasie pancreatiche
Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica
Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesciculectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
iectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costa cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea.

Con riferimento agli interventi sopra elencati, la Società assicura il rimborso delle seguenti spese:

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro **90 giorni precedenti** al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico.

Durante il ricovero

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

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, 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 **90 giorni successivi** al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

Trapianti

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

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

Rette di degenza dell'Accompagnatore

il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito, debitamente documentate (fatture, note, ricevute, ecc).

Nel caso in cui l'Assistito non acceda al network di strutture convenzionate, la garanzia è prestata nel limite massimo di € 50 al giorno per un massimo di 30 giorni per evento.

Assistenza infermieristica

L'assistenza infermieristica durante e dopo il ricovero è riconosciuta con il limite massimo di € 50 al giorno, per massimo 30 giorni per evento.

Trasporto sanitario

Il trasporto dell'Assistito 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.

Si precisa che la scelta del mezzo utilizzato per il trasporto deve essere rimessa unicamente ai medici della centrale operativa, in base alle condizioni del paziente ed indipendentemente dal fatto che il trasporto avvenga in Europa o extra Europa.

La presente garanzia è prestata con un sub massimale di € 1.500 per evento.

Le spese relative a ricoveri c.d. impropri, non potranno essere riconosciute nel presente Modulo, ma nell'ambito dei singoli Moduli extraospedalieri se attivati dall'Assistito.

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

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

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO PRIVATO IN ISTITUTO DI CURA)

In occasione del ricovero in Istituto di Cura privato in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità fissa calcolata per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero, in relazione al livello di Protezione prescelto.

E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

C) INTERVENTI NEONATALI PER CORREZIONE MALFORMAZIONI CONGENITE

L'Assicurazione garantisce il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici conseguenti a malformazioni e/o difetti fisici congeniti purché effettuati entro 1 anno dalla nascita ed entro i limiti massimi previsti dal livello di Protezione prescelto.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per i ricoveri di cui alla lettera A e C (Ricoveri e Interventi neonatali).

E' prevista una carenza di 271 giorni per i ricoveri di cui alla lettera B (Parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese del presente Modulo entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In regime di assistenza diretta

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 1.000 per evento.

N.B: Per le prestazioni richieste in regime di assistenza diretta presso un Centro Autorizzato Previmedical aderente all'iniziativa *Weekend in Salute*[®] (vedi elenco nel sito www.weekendinsalute.it), le suddette franchigie/scoperti verranno ridotte di un terzo (con arrotondamento all'euro superiore).

A rimborso

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 20%, con il minimo non indennizzabile di € 2.000 e con sottomassimale di € 8.000.

MODULO N. 2 – RICOVERO OSPEDALE (S.S.N.)

A) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER RICOVERO IN OSPEDALE (S.S.N.)

Qualora l'Assistito non richieda alcun rimborso per spese sostenute per intervento chirurgico durante il ricovero in Ospedale (S.S.N.), la Società corrisponde un'indennità fissa calcolata per ciascun giorno di ricovero, per un massimo di 100 giorni per annualità assicurativa, in relazione al livello di Protezione prescelto, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia e dell'infortunio, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.
E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

Gli interventi chirurgici che danno diritto ad essere coperti dalla presente garanzia sono i seguenti:

NEUROCHIRURGIA

Asportazione di processi espansivi del rachide (intra e/o extramidollari)

Asportazione tumori dell'orbita

Interventi di cranioplastica

Interventi di Neurochirurgia per patologie oncologiche maligne

Interventi di neurochirurgia per via craniotomica o transorale

Interventi per ernia del disco e/o per mielopatie di altra natura a livello cervicale per via anteriore o posteriore con eventuale stabilizzazione vertebrale

Interventi sul plesso brachiale

Interventi sulla ipofisi per via transfenoidale

CHIRURGIA GENERALE

Ernia femorale

Intervento per asportazione neoplasie maligne della mammella con eventuale applicazione di protesi

Nodulesctomia mammaria

OCULISTICA

Interventi per neoplasie del globo oculare

Intervento di enucleazione del globo oculare

OTORINOLARINGOIATRIA

Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

Asportazione di tumori maligni del cavo orale

Asportazione di tumori maligni del seno etmoidale, frontale, sferoidale e mascellare

Asportazione di tumori parafaringei, dell'ugola (intervento di ugolotomia) e delle corde vocali (intervento di cordectomia)

Intervento demolitivi del laringe (intervento di laringectomia totale o parziale)

Intervento per neurinoma dell'ottavo nervo cranico

Ricostruzione della catena ossiculare

CHIRURGIA DEL COLLO

Tiroidectomia totale

Interventi sulle paratiroidi
Intervento per gozzo retrosternale con mediastinotomia
Tiroidectomia totale con svuotamento laterocervicale mono o bilatele

CHIRURGIA DELL'APPARATO RESPIRATORIO

Interventi per cisti o tumori del mediastino
Interventi per echinococchi polmonare
Interventi per fistole bronchiali
Interventi per tumori tracheali, bronchiali, polmonari o pleurici
Pneumectomia totale o parziale

CHIRURGIA CARDIOVASCOLARE

Asportazione di tumore glomico carotideo
Decompressione della arteria vertebrale nel forame trasversario
Angioplastica con eventuale stent
Interventi per aneurismi: resezione e trapianto con protesi
Interventi sui grandi vasi toracici per via toracotomica
Interventi sul cuore per via toracotomica
Interventi sull'aorta addominale per via laparotomica
Safenectomia della grande safena

CHIRURGIA DELL'APPARATO DIGERENTE

Interventi di resezione (totale o parziale) dell'esofago
Interventi chirurgici sull'ano e sul retto per patologie oncologiche e maligne non per via endoscopica
Interventi su bocca, faringe, laringe per patologie oncologiche maligne
Interventi sul pancreas, fegato e reni per patologie oncologiche maligne
Interventi sull'esofago cervicale non per via endoscopica
Appendicectomia con peritonite diffusa
Chirurgia gastrointestinale per perforazioni
Colectomie totali, emicolectomia e resezione rettocoliche per via anteriore (con o senza colostomia)
Drenaggio di ascesso epatico
Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale
Interventi chirurgici per ipertensione portale
Interventi con esofagoplastica
Interventi di amputazione del retto-ano
Intervento per cisti, pseudocisti o fistole pancreatiche per via laparotomica
Interventi per echinococchi epatica
Interventi per megacolon per via anteriore o addomino perineale
Intervento per neoplasie pancreatiche
Intervento per pancreatite acuta o cronica per via laparotomica
Intervento su esofago, stomaco, duodeno per patologie oncologiche maligne non per via endoscopica
Intervento per fistola gastro-digiunocolica
Intervento per mega-esofago
Reinterventi per ricostruzione delle vie biliari
Resezione gastrica

Resezione gastrica allargata
Resezione gastrica totale
Resezione gastro-digiunale
Resezione epatica

UROLOGIA

Terapia della calcolosi urinaria
Cistoprostatovesciculectomia
Interventi di cistectomia totale
Interventi di orchietomia con linfadenectomia per neoplasia testicolare
Interventi di prostatectomia radicale
Interventi ricostruttivi vescicali con o senza ureterosigmoidostomia
Nefroureterectomia radicale
Surrenalectomia

GINECOLOGIA

Intervento radicale per tumori vaginali con linfadenectomia
iectomia totale con eventuale annessectomia
Isterectomia radicale per via addominale o vaginale con linfadenectomia
Vulvectomia radicale allargata con linfadenectomia inguinale e/o pelvica

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Interventi per sindrome del tunnel carpale
Intervento per dito a scatto
Interventi chirurgici sul midollo spinale per patologie oncologiche maligne
Interventi demolitivi per asportazione dei tumori ossei
Interventi di protesizzazione di spalla, gomito, anca o ginocchio
Interventi di resezione di corpi vertebrali per frattura, crolli vertebrali e neoplasie maligne
Interventi di stabilizzazione vertebrale
Interventi maggiori bilaterali o multipli sulle articolazioni degli arti inferiori non conseguenti a trauma
Interventi per costa cervicale
Interventi per ricostruzione di gravi e vaste mutilazioni degli arti da trauma
Reimpianto di arti, interventi su anca e femore anche con impianto di protesi non conseguenti a trauma
Trattamento delle dismetrie e/o delle deviazioni degli arti inferiori con impianti esterni
Ustioni estese con intervento chirurgico di trasferimento di lembo libero microvascolare

CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Osteosintesi di frattura del massiccio facciale a seguito di infortunio

TRAPIANTI DI ORGANO

Trapianti di organo

CELLULE STAMINALI

Infusione di cellule staminali esclusivamente per patologie oncologiche effettuata nei soli Paesi dell'Unione Europea.

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

La Società rimborsa le seguenti prestazioni sostenute nei 90 giorni precedenti e 90 successivi al ricovero, limitatamente ai ticket sanitari a carico dell'Assistito pagati al **Servizio Sanitario Nazionale** ed entro il limite massimo del 35% dell'indennità sostitutiva corrisposta.

Prima del ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro 90 giorni precedenti al ricovero o all'intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

Dopo il ricovero

gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, 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 90 giorni successivi al ricovero per intervento chirurgico, purché pertinenti alla malattia/infortunio che ha reso necessario il ricovero per l'intervento chirurgico.

Limitatamente ai trattamenti fisioterapici e riabilitativi, nei casi in cui sussista una documentata impossibilità a recarsi presso un centro medico, potranno essere riconosciute le fatture anche emesse dal professionista che ha eseguito le prestazioni (comunque fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia) accompagnate da prescrizione del medico specialista con indicazione del piano di trattamento riabilitativo domiciliare.

L'indennità sostitutiva non si applica in caso di permanenza nei locali del pronto soccorso /astanteria qualora ad essa non consegua il ricovero nella medesima struttura sanitaria.

B) INDENNITA' SOSTITUTIVA PER PARTO (RICOVERO IN OSPEDALE - S.S.N.)

In occasione del ricovero in Ospedale in regime di S.S.N. per parto, la presente copertura prevede il pagamento di un'indennità di € 80 per ogni giorno di ricovero, per un massimo di 7 giorni per ogni ricovero. E' necessario trasmettere alla Società anche copia della relativa cartella clinica.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 30 giorni per l'indennità di cui alla lettera A (Indennità per ricovero).

E' prevista una carenza di 271 giorni per l'indennità di cui alla lettera B (Indennità per parto).

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

MODULO N. 3 – VISITE E DIAGNOSTICA

Il presente Modulo **può essere scelto solo se è stato attivato almeno uno dei seguenti due Moduli:**

Modulo n. 1 – Ricovero Clinica Privata;
Modulo n. 2 – Ricovero Ospedale (S.S.N.).

Ad esempio:

- a) Il Contraente può attivare il Modulo 1 ed il Modulo 3
- b) Il Contraente può attivare il Modulo 2 ed il Modulo 3
- c) Il Contraente può attivare i Moduli 1, 2 e 3
- d) Il Contraente può attivare i Moduli 1, 2 e 3 ed uno o più degli altri Moduli (Moduli 4, 5 e 6)
- e) Il Contraente può attivare tutti i Moduli
- f) Il Contraente non può attivare il solo Modulo 3.

A) ALTA SPECIALIZZAZIONE

Radiologia convenzionale (senza contrasto)

Esami radiologici apparato osteoarticolare
Mammografia
Mammografia bilaterale
Ortopanoramica
Radiografia (Rx) colonna vertebrale in toto
Radiografia (Rx) di organo apparato
Radiografia (Rx) endorali
Radiografia (Rx) esofago
Radiografia (Rx) esofago esame diretto
Radiografia (Rx) tenue seriato
Radiografia (Rx) tubo digerente
Radiografia (Rx) tubo digerente prime vie
Radiografia (Rx) tubo digerente seconde vie
Tomografia (stratigrafia) di organi apparati

Radiologia convenzionale (con contrasto)

Angiografia (sono compresi gli esami radiologici apparato circolatorio)
Aortografia
Broncografia
Cavernosografia
Cisternografia
Cistografia
Cistografia/ doppio contrasto
Cistografia minzionale
Clisma opaco con doppio contrasto
Colangiografia/colangiografia percutanea
Colongiopancreatografia retrograda

Colecistografia
Colpografia
Coronarografia
Dacricistografia
Defecografia
Discografia
Esame urodinamico
Fistolografia
Fluorangiografia
Galattografia
Isterosalpingografia
Linfografia
Mielografia
Pneumoencefalografia
Qualsiasi esame contrastografico in radiologia interventistica
Radiografia (Rx) esofago con contrasto opaco/doppio contrasto
Radiografia (Rx) piccolo intestino con doppio contrasto
Radiografia (Rx) stomaco con doppio contrasto
Radiografia (Rx) tenue a doppio contrasto con studio selettivo
Radiografia (Rx) tubo digerente completo compreso esofago con contrasto
Scialografia con contrasto
Splenoportografia
Uretrocistografia
Urografia
Vesiculodeferontografia
Wirsungrafia

Alta diagnostica per immagini (ecografie)

Ecografia mammaria
Ecografia pelvica anche con sonda transvaginale
Ecografia prostatica anche trans rettale
Ecografia addome superiore
Ecografia addome inferiore

Ecocolordopplergrafia

Ecodoppler cardiaco compreso color
Ecocolordoppler arti inferiori e superiori
Ecocolordoppler aorta addominale
Ecocolordoppler tronchi sovraortici

TAC (Tomografia computerizzata)

Angio TAC
Angio TAC distretti eso o endocranici
TAC spirale multistrato (64 strati)
TAC con e senza mezzo di contrasto

Risonanza magnetica (RMN)

Cine RMN cuore
Angio RMN con contrasto
RMN con e senza mezzo di contrasto

PET

Tomografia ed emissione di positroni (pet) per organo distretto-apparato

Scintigrafia (medicina nucleare in vivo)

Scintigrafia di qualsiasi apparato o organo (è compresa la miocardioscintigrafia)
Medicina nucleare in vivo
Tomoscintigrafia SPET miocardica
Scintigrafia totale corporea con cellule autologhe marcate

Diagnostica strumentale

Campimetria
Elettrocardiogramma dinamico con dispositivi analogici (holter)
Elettroencefalogramma
Elettroencefalogramma (eeg) con privazione sonno
Elettroencefalogramma (eeg) dinamico 24 ore
Elettromiografia
Elettroretinogramma
Monitoraggio continuo della pressione arteriosa
Phmetria esofagea gastrica
Potenziali evocati
Spirometria
Tomografia mappa strumentale della cornea

Altre prestazione sanitarie diagnostiche (biopsie)

Biopsia guidata
Biopsia muscolare
Biopsia prostatica
Biopsia vescicole

Endoscopie diagnostiche

Colecistopancreatografia retrograda per via endoscopia diagnostica (c.p.r.c)
Cistoscopia diagnostica
Esofagogastroduodenoscopia
Pancolonscopia diagnostica
Rettoscopia diagnostica
Rettosigmoidoscopia diagnostica
Tracheobroncoscopia diagnostica

Varie

Biopsia del linfonodo sentinella
Emogasanalisi arteriosa
Laserterapia a scopo fisioterapico
Lavaggi bronco alveolare endoscopico
Ricerca del linfonodo sentinella e punto di reperi

Terapie

Chemioterapia
Radioterapia

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 150 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In regime di assistenza diretta

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 35 per prestazione.

N.B: Per le prestazioni richieste in regime di assistenza diretta presso un Centro Autorizzato Previmedical aderente all'iniziativa *Weekend in Salute*[®] (vedi elenco nel sito www.weekendinsalute.it), le suddette franchigie/scoperti verranno ridotte di un terzo (con arrotondamento all'euro superiore).

A rimborso

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 55 per prestazione.

In S.S.N.

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per prestazione.

B) VISITE SPECIALISTICHE

La Società provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche conseguenti a malattia o a infortunio, con l'esclusione delle visite odontoiatriche e ortodontiche.

Rientra in garanzia esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

I documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specializzazione del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 150 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

In regime di assistenza diretta

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 25 per prestazione.

N.B: Per le prestazioni richieste in regime di assistenza diretta presso un Centro Autorizzato Previmedical aderente all'iniziativa *Weekend in Salute*[®] (vedi elenco nel sito www.weekendinsalute.it), le suddette franchigie/scoperti verranno ridotte di un terzo (con arrotondamento all'euro superiore).

A rimborso

E' previsto un rimborso massimo pari a € 25 per prestazione.

In S.S.N.

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per prestazione.

C) TICKET SANITARI PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRONTO SOCCORSO

La Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assistito effettuati nel **Servizio Sanitario Nazionale** per accertamenti diagnostici, conseguenti a malattia o a infortunio, non rientranti tra quelli previsti alla precedente lettera A) "Alta Specializzazione" e i ticket sanitari di pronto soccorso.

Per quanto riguarda gli accertamenti diagnostici, per l'attivazione della garanzia è necessario inviare, insieme alla copia del ticket da rimborsare, copia della prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 150 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 10 per ticket.

D) PACCHETTO MATERNITÀ

Sono comprese nella garanzia un numero massimo di n. 4 visite di controllo ostetrico ginecologico (elevate a n.6 per gravidanza a rischio).

Nel caso di gravidanza a rischio è necessario allegare copia di referti medici/ginecologici, dai quali si evinca il rischio della gravidanza.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 271 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

E' prevista l'applicazione di una franchigia di € 25 per prestazione. La franchigia è ridotta ad € 10 per prestazione nel caso in cui l'Assistito si avvalga del S.S.N. (ticket).

MODULO N. 4 – PREVENZIONE

La copertura non opera all'Estero.

L'Assistito **può attivare a sua scelta una volta all'anno solo uno dei sei (6) pacchetti seguenti a condizione che siano trascorsi 12 mesi dalla fruizione del pacchetto prescelto relativo al presente modulo:**

A) PREVENZIONE CARDIOVASCOLARE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Prestazioni previste per uomini e donne

- Esame emocromocitometrico completo
- Glicemia
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alanina aminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartato aminotransferasi (AST/GOT)
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base
- Trigliceridi
- Misurazione della pressione arteriosa

L'esecuzione di tutte le prestazioni di questa garanzia consente all'Assistito di poter fruire, nell'ambito del "Progetto Cuore" (secondo i parametri ministeriali previsti per la sua esecuzione), del servizio di valutazione del proprio rischio cardiovascolare mediante la compilazione del questionario per l'elaborazione delle carte del rischio e del punteggio individuale (<http://www.cuore.iss.it/sopra/calc-rischio.asp>).

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati in una sola volta: sarà necessario, quindi, disporre dei valori degli esami effettuati in precedenza.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

B) PREVENZIONE ONCOLOGICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Le prestazioni previste nate per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione e non sono cumulabili con quelle indicate alla precedente lettera A) "Prevenzione cardiovascolare".

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni

- Sangue occulto nelle feci (3 campioni)
- PSA (Antigene prostatico specifico)
- fPSA (Antigene prostatico specifico libero)
- Alfa Feto Proteina

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 30 anni

- PAP-Test
- CA 125 (marcatore del tumore ovarico) e CA 15.3 (marcatore del tumore mammario)

C) PREVENZIONE DELLA SINDROME METABOLICA

Per attivare la garanzia l'Assistito dovrà compilare il questionario raggiungibile accedendo all' "area iscritti" della Società accessibile tramite username e password sul sito www.rbmsalute.it.

L'applicazione disponibile sul sito della Società darà esito immediato del Questionario:

- a) nel caso non si configuri un quadro di Sindrome Metabolica, l'Assistito ne avrà immediato riscontro dal risultato del Questionario e non verrà posta indicazione a consigli o accertamenti successivi;
- b) nel caso in cui l'Assistito risulti in uno stato di Sindrome Metabolica "non conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc.;
- c) nel caso in cui si configuri un quadro di Sindrome Metabolica "conclamata", verranno fornite alcune indicazioni per consentirgli di assumere comportamenti e stili di vita più corretti in merito ad attività fisica, alimentazione ecc e si inviterà l'Assistito a contattare il proprio medico che potrà effettuare una diagnosi più appropriata, eventualmente, con l'ausilio degli accertamenti più idonei al trattamento del caso.

In quest'ultimo caso la Centrale operativa provvederà all'organizzazione, su richiesta dell'Assistito, delle prestazioni sotto indicate attivando la consueta procedura in regime di assistenza diretta da effettuarsi nell'ambito della medesima garanzia e quindi a carico della Società in strutture sanitarie convenzionate con il Network e dalla stessa identificate. La Centrale Operativa comunicherà all'Assistito il calendario e le strutture più prossime ove poter fruire delle seguenti analisi:

- colesterolo HDL
- colesterolo totale
- glicemia
- trigliceridi

COSA OCCORRE FARE PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO

Il Questionario permette all'Assistito di inserire i suoi dati una volta sola, salvo i casi in cui risulterà possibile ripetere l'esame del sangue dopo sei mesi.

Nella prima pagina del Questionario verranno fornite le istruzioni per la sua compilazione.

E' importante non inserire dati di fantasia, non corrispondenti alla realtà, in quanto verrà vanificato lo scopo della prevenzione.

D) PREVENZIONE PEDIATRICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione pediatrica prevede una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa tra i 6 mesi e i 6 anni, alle seguenti condizioni:

- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

E) PREVENZIONE OCULISTICA

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione oculistica prevede le seguenti prestazioni:

- una valutazione anamnestica (tesa ad individuare eventuali familiarità, fattori di rischio personali o sintomatologia allo stato iniziale)
- un esame del segmento anteriore (cornea, congiuntiva ecc) ed annessi oculari
- uno studio del fundus oculi per individuare patologie retiniche
- la misurazione del tono oculare
- la misurazione del visus

F) PREVENZIONE DELLE VIE RESPIRATORIE

La Società provvede al pagamento delle prestazioni sotto elencate, effettuate in strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa, previa prenotazione. Il pacchetto di prevenzione delle vie respiratorie prevede le seguenti prestazioni:

- spirometria
- visita pneumologica

MODULO N. 5 – DENTISTA

A) Prestazioni di Implantologia

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

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

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

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 150 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

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

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all' Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta, lasciando a carico dell'Assistito esclusivamente una franchigia fissa per ciascun impianto in relazione al livello di Protezione prescelto.

N.B: Per le prestazioni richieste in regime di assistenza diretta presso un Centro Autorizzato Previmedical aderente all'iniziativa *Weekend in Salute*[®] (vedi elenco nel sito www.weekendinsalute.it), le suddette franchigie/scoperti verranno ridotte di un terzo (con arrotondamento all'euro superiore).

B) Avulsione (estrazione denti anche al di fuori di prestazione di implantologia)

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

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di strutture sanitarie e personale convenzionato.**

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

E' prevista una carenza di 150 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Franchigia/Scoperto

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta al netto una franchigia fissa per ciascuna estrazione in relazione al livello di Protezione prescelto.

N.B: Per le prestazioni richieste in regime di assistenza diretta presso un Centro Autorizzato Previmedical aderente all'iniziativa *Weekend in Salute*[®] (vedi elenco nel sito www.weekendinsalute.it), le suddette franchigie/scoperti verranno ridotte di un terzo (con arrotondamento all'euro superiore).

C) Altre cure dentarie

La Società provvede anche al pagamento delle seguenti prestazioni odontoiatriche che vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime in regime di assistenza diretta al netto delle franchigie previste in relazione al livello di Protezione prescelto.

N.B: Per le prestazioni richieste in regime di assistenza diretta presso un Centro Autorizzato Previmedical aderente all'iniziativa *Weekend in Salute*[®] (vedi elenco nel sito www.weekendinsalute.it), le suddette franchigie/scoperti verranno ridotte di un terzo (con arrotondamento all'euro superiore).

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

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

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

D) Prevenzione Odontoiatrica

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

Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

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

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

MODULO N. 6 – NON AUTOSUFFICIENZA

NON AUTOSUFFICIENZA, INABILITÀ ED ASSISTENZA (LTC)

La garanzia opera per i casi di non autosufficienza al compimento delle attività primarie (come descritta al punto “*Criteri per l’accertamento della perdita dell’autosufficienza*”) derivanti da infortunio sul lavoro o malattia/intervento chirurgico (tutti detti “causa”), che determinino, in base alle regole di calcolo previste dalla presente copertura, un punteggio pari a 10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL), tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni (“evento”).

Il diritto alla garanzia matura al perfezionamento dell’evento, cioè decorsi 90 giorni dall’insorgere di uno stato di non autosufficienza ammissibile a prestazione in base alle regole di cui sopra, causato da infortunio o malattia/intervento chirurgico.

Si ribadisce che la non autosufficienza insorta in conseguenza di infortunio verificatosi o di malattia manifestatasi prima della decorrenza della polizza è esclusa ai sensi dei punti 24) e 25) dell’art. 16 “Esclusioni” delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche CGA.

La copertura opererà con riferimento ai casi di non autosufficienza sopra individuati che sopravvengano nel periodo di vigenza della copertura.

La somma garantita sarà erogabile a partire dalla data di perfezionamento dell’evento previa verifica da parte della Società, della documentazione necessaria ad attestare lo stato di non autosufficienza e dovranno essere attivate dall’Assistito per il quale sia stata riconosciuta la garanzia con le modalità descritte nel successivo paragrafo “*Criteri per l’accertamento della perdita dell’autosufficienza*”.

Detta verifica dovrà essere svolta nel più breve tempo possibile e dovrà esaurirsi nell’arco di 15 giorni dalla data di ricezione da parte della Società della predetta documentazione completa. Conclusa la verifica la Società provvederà a comunicarne all’Assistito l’esito, che potrà consistere nella segnalazione di riconoscimento della garanzia e del punteggio approvato per lo stato di non autosufficienza (10 punti in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana, ovvero ADL), di diniego della garanzia o di sospensione della valutazione qualora risulti necessario integrare la documentazione trasmessa.

Detta comunicazione dovrà avvenire nel termine sopra indicato a mezzo sms o e-mail; diversamente entro il termine indicato la Società dovrà provvedere a spedire la lettera contenente l’esito della verifica effettuata.

A questo fine, trascorsi 12 mesi dal perfezionamento dell’evento e con cadenza annuale per ciascun anno di copertura, la Società potrà richiedere, all’Assistito la trasmissione entro 30 (trenta) giorni della documentazione necessaria a verificare il permanere dello stato di non autosufficienza in copertura.

In alternativa la Società potrà inviare, previo preavviso, un proprio medico fiduciario per l’effettuazione in loco della predetta verifica. In sede di verifica annuale la Società provvederà in base alla documentazione acquisita o alla visita effettuata a confermare il punteggio assegnato nell’anno precedente allo stato di non autosufficienza dell’Assistito, oppure a rivalutarlo in caso di eventuali modifiche sopravvenute.

Termini e modalità di effettuazione della verifica annuale del permanere dello stato di non autosufficienza e di comunicazione degli esiti all’Assistito sono analoghi a quelli individuati per la verifica di riconoscimento dell’erogabilità della garanzia.

Somma Assicurata

La Società, nel caso in cui l'Assistito si trovi nelle condizioni indicate al paragrafo "Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza", erogherà all'Assistito un indennizzo annuo fisso, per un massimo di 3 anni, in relazione al livello di Protezione prescelto.

Criteri per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza (ADL – Activities of Daily Living)

Per l'accertamento dello stato di non autosufficienza verrà valutata la situazione dell'Assistito rispetto alla sua capacità di svolgere autonomamente le attività della vita quotidiana: lavarsi, vestirsi e svestirsi, igiene del corpo, mobilità, continenza e alimentazione.

La valutazione verrà fatta sulla base della tabella seguente, applicata dal Medico curante e corredata da relazione medica redatta dallo stesso medico curante sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e da documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali) attestante le motivazioni che hanno portato alla definizione della patologia causa della perdita di autosufficienza.

Capacità di farsi il bagno:

1° grado: l'Assistito è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno: punteggio 10

Capacità di vestirsi e svestirsi:

1° grado: l'Assistito è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi o per la parte superiore del corpo o per la parte inferiore del corpo: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore del corpo: punteggio 10

Capacità di curare l'igiene del corpo:

1° grado: l'Assistito è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare al bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno:

punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per tutti i suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3): punteggio 10

Capacità di assicurare la propria mobilità:

1° grado: l'Assistito è in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto e di muoversi senza assistenza di terzi: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per muoversi, eventualmente anche di apparecchi ausiliari tecnici come ad esempio la sedia a rotelle, le stampelle. È però in grado di alzarsi autonomamente dalla sedia e dal letto: punteggio 5

3° grado: l'Assistito necessita di assistenza per alzarsi dalla sedia e dal letto e per muoversi: punteggio 10

Capacità di continenza:

1° grado: l'Assistito è completamente continente: punteggio 0

2° grado: l'Assistito presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno: punteggio 5

3° grado: l'Assistito è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia: punteggio 10

Capacità di bere e mangiare:

1° grado: l'Assistito è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti: punteggio 0

2° grado: l'Assistito necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare il cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

punteggio 5

3° grado: l'Assistito non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale: punteggio 10.

In ogni caso la Società si riserva di sottoporre l'Assistito a visita medica da parte di proprio fiduciario per la valutazione dell'effettiva situazione dell'Assistito stesso.

La Società si riserva di chiedere l'invio di ogni documento che ritenga necessario per valutare lo stato di salute dell'Assistito.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

La garanzia decorre:

1. dal giorno di entrata in vigore del contratto nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia dovuto ad infortunio;
2. dopo un periodo di carenza di 3 mesi a decorrere dalla data di entrata in vigore del contratto nel caso in cui il verificarsi della non autosufficienza sia dovuto ad altre cause diverse da quella specificata nel precedente punto 1).

MODULO N. 7 – MEDICINALI

Il presente Modulo è **garantito gratuitamente per un anno** esclusivamente agli Assicurati che hanno attivato tutti gli altri Moduli previsti dalla presente polizza.

Ad esempio:

- a) Il Contraente che ha attivato i Moduli 1, 2, 3, 4, 5 e 6 ha diritto gratuitamente all'attivazione del Modulo 7.
- b) Il Contraente che non ha attivato anche solo uno dei Moduli 1, 2, 3, 4, 5 e 6 NON ha diritto gratuitamente all'attivazione del Modulo 7.
- c) Il Contraente NON può scegliere autonomamente il Modulo 7 (né da solo né con alcuni degli altri Moduli).

La garanzia prevede il rimborso del 50% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) sostenuta dall'assistito per l'acquisto di medicinali, compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie (intendendosi pertanto esclusi i parafarmaci nonché i medicinali omeopatici e galenici), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

L'Assistito dovrà presentare la ricetta medica in copia e la regolare fattura (o scontrino nominativo parlante con allegate le fustelle dei medicinali) a lui intestata con la specifica dei prodotti acquistati; sarà comunque valida ai fini della risarcibilità l'indicazione sulla ricetta del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 150 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro i massimali per anno e per persona previsti dal livello di Protezione prescelto.

Franchigia/Scoperto

A rimborso

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 50%.

ALLEGATO 1

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

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

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

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

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

b) Trattamento dei dati personali per la commercializzazione a distanza di servizi assicurativi ed altre finalità promozionali e/o ricerche di mercato

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

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali

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

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

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

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Diritti dell'interessato⁽⁵⁾

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

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

Per l'esercizio dei suoi diritti ai sensi dell'art.7 del Codice e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di

Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al responsabile designato per il riscontro all'interessato inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'ufficio privacy presso la sede di RBM Salute S.p.A. Via E. Forlanini, 24 – 31022, Preganziol – Loc Borgo Verde (TV).

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

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

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

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

- do il consenso nego il consenso

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

Note

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

ALLEGATO 2

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

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

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

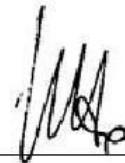
Coloro che invece non sono già registrati come utenti, potranno ricevere le credenziali di accesso all'Area Riservata selezionando l'apposito link presente in Homepage ed effettuando una registrazione mediante una semplice procedura guidata.

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

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

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

Milano, 24 Ottobre 2013



Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

RBM Salute S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

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

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

direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:

Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)

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

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

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

Capitale Sociale € 40.000.000 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).

