

SOMMARIO

Nota Informativa:

-
- Glossario
-

Condizione di Assicurazione comprensive di:

-
- Norme che regolano la convenzione
-
- Condizioni Generali di Assicurazione
-
- Descrizione delle Prestazioni Assicurate
-
- Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione
-
- Liquidazione dell'indennizzo
-
- Modulo n. 1 – Non Autosufficienza e Servizi Assistenziali
-
- Modulo n. 2 – Medicinali
-
- Modulo n. 3 – Lenti ed Occhiali
-
- Modulo n. 4 – Medicina Alternativa
-
- Modulo n. 5 – Medicina Estetica
-
- Modulo n. 6 – Scoperti e Franchigie
-

1) OMISSIS

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

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. OMISSIS

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata di 24 mesi con effetto dalle ore 00.00 del 01/01/2018 e scadenza alle ore 00.00 del 01/01/2019 (vedi art. 1 "Effetto e durata della convenzione" delle Norme che regolano la convenzione e art. 3 "Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio" delle Condizioni Generali di Assicurazione, di seguito anche definite CGA).

Il contratto non prevede il tacito rinnovo, pertanto s'intende in ogni caso cessato alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta (vedi art. 1 "Effetto e durata della convenzione" delle Norme che regolano la convenzione e art. 4 "Tacito rinnovo" delle CGA).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura opera ad integrazione di quanto previsto dai Piani Sanitari collettivi di primo rischio resi disponibili da Uni.C.A. (di seguito anche Piani Sanitari BASE) per il personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit e dei relativi nuclei familiari e prevede, a seconda del/i Modulo/i prescelto/i, il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per Non Autosufficienza e Servizi assistenziali, Medicinali, Lenti ed occhiali, Medicina alternativa, Medicina estetica e Scoperti e Franchigie (vedi art. 14 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA e Moduli nn. 1-6).

Si prevede la scelta libera dei 6 Moduli esclusivamente al momento dell'attivazione del Piano Sanitario a secondo rischio, tramite accesso alla propria area iscritti del portale dedicato all'assistenza sanitaria per il Gruppo UniCredit.

Pertanto non sarà possibile modificare la scelta effettuata del/i Modulo/i liberamente attivato/i in un momento successivo a quello dell'attivazione del Piano Sanitario a secondo rischio.

Avvertenza:

- a) la copertura include gli infortuni e le malattie preesistenti alla stipula della polizza (vedi art. 16 "Patologie pregresse" delle CGA);
- b) prevede esclusioni (vedi art. 17 "Esclusioni" delle CGA); esistono, per esempio, prestazioni espressamente non rimborsabili e/o degli stati dell'Assistito che determinano l'esclusione dell'obbligo della Società di rimborsare le spese sostenute e/o richieste;
- c) prevede cause di non assicurabilità (vedi art. 18 "Persone non assicurabili" delle CGA); pertanto, in alcuni casi la Società non potrà accogliere la richiesta di sottoscrizione del contratto di assicurazione. Come previsto dalla normativa vigente in materia, nel caso in cui la Società riceva una proposta assicurativa inadeguata, lo comunica al potenziale Assistito.

Protezione "Alta"

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie descritte nei Moduli (vedi art. 14 "Oggetto dell'assicurazione" delle CGA e Moduli nn. 1-6). Ad esempio, poichè il massimale del Modulo n. 5 "Medicina estetica" è di € 3.500 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 (vedi art. 14 “Oggetto dell’assicurazione” delle CGA e Moduli nn. 1-6). Ad esempio, poichè il massimale del Modulo n. 5 “Medicina estetica” è di € € 5.000 per persona, il totale degli indennizzi in un anno non può superare tale importo.

Avvertenza: La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi art. 14 “Oggetto dell’assicurazione” delle CGA e Moduli nn. 1-5).

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, in caso di acquisto del Modulo n. 3 “Lenti ed occhiali”, Livello di Protezione “Totale”, se l’Assistito titolare di un Piano Sanitario BASE “Extra” deve acquistare 1 paio di occhiali in Strutture non Convenzionate RBM Salute, poichè il Piano Sanitario BASE “Extra” per i dipendenti del Gruppo UniCredit prevede il rimborso già per un importo pari a € 150 per persona/anno, a fronte di un costo totale di € 300, la Società rimborserà ulteriori € 120 all’Assistito (poichè è prevista una franchigia pari ad € 30 per prestazione).

Avvertenza: sono previsti limiti massimi di età assicurabile (vedi art. 18 “Persone non assicurabili” delle CGA). Pertanto, chi ha compiuto una determinata età, non potrà essere assicurato.

4. Periodi di carenza contrattuali

La polizza prevede periodi di carenza, cioè periodi nei quali non è attiva la copertura assicurativa e pertanto non possono essere rimborsate e/o autorizzate le spese sostenute (vedi Moduli nn. 1-6).

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 art. 3 “Decorrenza dell’assicurazione – Pagamento del premio” delle CGA).

Esempio:

a) Ipotizziamo che il contratto assicurativo abbia decorrenza 01/08/2016.

L’Assistito che, in data 15/08/2016, abbia acquistato 1 paio di occhiali (Modulo 3) non avrà diritto al rimborso in quanto è prevista una carenza di 45 giorni.

b) Ipotizziamo che il contratto assicurativo abbia decorrenza 01/08/2016.

L’Assistito che, in data 25/09/2016 abbia acquistato 1 paio di occhiali (Modulo 3) 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 relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile (vedi art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle CGA).

Avvertenza: il rifiuto dell'Assistito di fornire informazioni utili alla Società per valutare l'adeguatezza del contratto in relazione alle esigenze assicurative nonché la propensione al rischio dell'Assistito 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 l'Assistito 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).

Non sono previste cause di nullità.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

L'Assistito deve dare immediatamente comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio. Ad esempio, in caso estensione della copertura al nucleo familiare si può verificare un aggravamento del rischio che va comunicato (vedi art. 1 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio" delle CGA).

7. Premi

Il versamento del premio alla Società avverrà con frazionamento mensile (anticipato) come riportato sul certificato di polizza. Pertanto, il premio dovrà essere corrisposto durante la decorrenza della copertura.

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

- inclusione in copertura del solo Titolare;
- estensione della copertura al nucleo familiare.

È fatto obbligo di estendere la copertura ai familiari già assicurati ai Piani Sanitari BASE, con attivazione degli stessi Moduli del Titolare.

Il Titolare del Piano Sanitario è considerato sempre come primo Assistito.

8. OMISSIS

9. OMISSIS

10. OMISSIS

11. Legge applicabile al contratto

Il Piano Sanitario a secondo rischio 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. OMISSIS

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

14. Sinistri – Liquidazione dell’indennizzo

Avvertenza: la data del sinistro è quella in cui si è verificata la prestazione; per il Modulo n.1 “Non autosufficienza e Servizi assistenziali” il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi il sopravvenuto stato di non autosufficienza.

Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società entro il termine di cui al precedente art.10 “Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto” della Nota Informativa (ai sensi dell’art.2952 comma 2 del Codice Civile); la Società può richiedere che l’Assistito sia visitato da un proprio fiduciario, ovvero un consulente individuato dalla Società (vedi art. 19 “Oneri in caso di sinistro” delle CGA).

15. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in Strutture Convenzionate RBM Salute (vedi art. 19 “Oneri in caso di sinistro” delle CGA). In questi casi, l’Assistito dovrà pagare solo eventuali spese che il Piano Sanitario a secondo rischio stabilisce rimangano a suo carico (ad esempio franchigia e/o scoperto), senza quindi dover anticipare l’intero importo della prestazione, come invece accade nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate RBM Salute.

Per ricevere le prestazioni in Strutture Convenzionate RBM Salute, l’Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l’autorizzazione.

Ad esempio, in caso di bisogno di un paio di occhiali basterà contattare la Centrale Operativa e chiedere di essere autorizzati ad acquistarlo 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.

Avvertenza: In caso di prestazione in Strutture Convenzionate RBM Salute qualora, sia nel corso della prestazione 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 alla Struttura Convenzionata RBM Salute se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati (vedi art. 19 “Oneri in caso di sinistro” delle CGA).

16. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Servizio Clienti – Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all’indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it utilizzando il fac-simile disponibile sul sito www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami.

RBM Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.

Qualora l’esponente non fosse soddisfatto della risposta ricevuta, o non ricevesse risposta entro i 45 giorni dalla presentazione del reclamo, prima di interessare l’Autorità giudiziaria potrà:

- rivolgersi all’IVASS, utilizzando il fac-simile di lettera disponibile sul sito dell’Autorità di Vigilanza, al seguente link:
http://www.ivass.it/ivass_cms/docs/F2180/Allegato2_Guida%20ai%20reclami.pdf
- avvalersi della procedura di mediazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi ad un Organismo di Mediazione – a sua libera scelta - accreditato presso il Ministero della Giustizia;
- avvalersi degli altri sistemi alternativi vigenti per la risoluzione delle controversie.

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

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.

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

17. Foro Competente

Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società (vedi art. 7 "Foro competente" delle Norme che regolano la convenzione).

Per ogni controversia tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito (vedi art.11 "Competenza territoriale" 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 Assicurazione Salute S.p.A è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa.

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.

Cassa: Uni.C.A Cassa Assistenza, con sede in Via San Protaso n. 1, CAP 20121 – MILANO C.F. 97450030156, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

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: Uni.C.A Cassa Assistenza, con sede in Via San Protaso n. 1, CAP 20121 – MILANO C.F. 97450030156, il soggetto che stipula il contratto di assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

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

Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Extraospedaliere** - la data del sinistro è quella in cui si è verificata la prestazione; per il Modulo n.1 "Non autosufficienza e Servizi assistenziali" il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi il sopravvenuto stato di non autosufficienza..

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.

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 ambulatoriale: l'intervento di chirurgia effettuato senza ricovero.

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 con pagamento diretto 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, tendenzialmente permanente e comunque perdurante per almeno 90 giorni, di svolgere autonomamente le attività elementari della vita quotidiana correlate alla mobilità, all'alimentazione e all'igiene personale in almeno 4 delle 6 attività primarie della vita quotidiana (ADL).

Nucleo familiare: l'intero nucleo familiare così come definito all'articolo "Persone assicurabili" dei Piani Sanitari BASE del personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

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.

Struttura Convenzionata con RBM Salute: struttura ed equipe medica aderenti al Network Previmedical.

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.

RBM TUTTOSALUTE! UNICA

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

1. OMISSIS

2. Oggetto della convenzione

Oggetto della presente convenzione è l'assicurazione a secondo rischio del rimborso delle spese sanitarie sostenute dagli Assistiti in conseguenza d'infortunio o malattia, come definite nei Moduli allegati alle Condizioni Generali di Assicurazione (di seguito indicate CGA), fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nei singoli Moduli.

3. Modalità d'adesione/Persone assicurabili

L'adesione ai piani da parte dei Titolari ammessi alla convenzione è assolutamente libera e viene perfezionata su base volontaria mediante "Certificati di polizza" emessi dalla Società per ogni singolo Titolare.

I certificati avranno scadenza uguale a quella della convenzione e decorrenza definita da Uni.C.A. come previsto dal successivo art. 3 "Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio" delle CGA.

Si prevede la scelta libera dei 6 Moduli presenti nella convenzione esclusivamente al momento dell'attivazione del Piano Sanitario a secondo rischio, tramite accesso alla propria area iscritti del portale dedicato all'assistenza sanitaria per il Gruppo UniCredit.

Pertanto non sarà possibile modificare la scelta effettuata del/i Modulo/i liberamente attivato/i in un momento successivo a quello dell'attivazione del Piano Sanitario a secondo rischio.

3.1 – Persone assicurabili

L'assicurazione s'intende valida a favore del personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit e dei relativi nuclei familiari, come identificati nella definizione di nucleo familiare, purché siano iscritti a Uni.C.A. e a condizione che siano già tutti assicurati ai Piani Sanitari collettivi di primo rischio resi disponibili da Uni.C.A. (di seguito anche Piani Sanitari BASE), previo pagamento, da parte del Titolare, del premio corrispondente al/i Modulo/i liberamente attivato/i.

L'adesione volontaria per tutti i Titolari del Piano Sanitario prevede l'obbligo di attivazione del Piano Sanitario a secondo rischio per l'intero nucleo familiare già assicurato al Piano Sanitario BASE. Nel caso di mancata adesione del nucleo familiare al Piano Sanitario BASE, l'adesione volontaria al Piano Sanitario a secondo rischio s'intende valida esclusivamente per il solo Titolare del Piano Sanitario.

4. OMISSIS

5. Variazione delle persone assicurate – Regolazione del premio

I licenziamenti o le assunzioni che si verificheranno nel corso dell'annualità assicurativa dovranno essere comunicati dalle Aziende associate, con modalità telematiche a Uni.C.A. e da quest'ultima rimessi alla Società.

5.1 – Inclusione di nuovi Titolari in corso d'anno

L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 della data di assunzione del dipendente e purché comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.

Per le inclusioni effettuate nel corso del periodo assicurativo, il premio sarà calcolato nella misura del:

- 100% del premio annuo, se l'inclusione avviene nel primo semestre assicurativo;
- 60% del premio annuo se l'inclusione avviene nel secondo semestre assicurativo.

I massimali previsti dai successivi Moduli nn. da 1 a 6 sono da intendersi comunque al 100%.

Fatti salvi i termini di aspettativa previsti dal paragrafo "Carenza" dei successivi Moduli nn. da 1 a 6 (ove previsti), le garanzie sono operanti dalle ore 00:00 della data di assunzione del dipendente e di adesione al Piano Sanitario a secondo rischio.

5.2 Inclusione di Familiari in corso d'anno

L'inclusione di familiari come identificati nella definizione di nucleo familiare in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita solamente nei seguenti casi:

- a) nascita, adozione o affidamento di un figlio;
- b) rientro in Italia di dipendente UniCredit precedentemente espatriato (ex Expat), a decorrere dal giorno del rientro, ovvero, se successivo, dal giorno seguente il termine della copertura prevista per il personale espatriato;
- c) matrimonio;
- d) insorgere di convivenza per il convivente more uxorio e/o per il familiare;
- e) esclusione di un familiare da altra copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro.

In tali casi, l'assicurazione è operante dalle ore 24:00 della data dell'evento risultante da certificazione anagrafica e purché comunicata alla Società entro 90 giorni dalla predetta data, mediante comunicazione scritta da inoltrare alla Società.

Per le inclusioni effettuate nel corso del periodo assicurativo, il premio sarà calcolato nella misura del:

- 100% del premio annuo, se l'inclusione avviene nel primo semestre assicurativo;
- 60% del premio annuo se l'inclusione avviene nel secondo semestre assicurativo.

I massimali previsti dai successivi Moduli nn. da 1 a 6 sono da intendersi comunque al 100%.

5.3 Esclusioni in corso d'anno

La cessazione del Piano Sanitario a secondo rischio prima della sua naturale scadenza del 01/01/2020, è possibile solamente al verificarsi dei seguenti eventi:

- a) cessazione del rapporto di lavoro del dipendente per qualsiasi motivo;
- b) decesso del dipendente;
- c) divorzio/separazione con sentenza per il coniuge del dipendente;
- d) venir meno della convivenza per il convivente more uxorio e/o il familiare fiscalmente non a carico; nel caso del figlio fiscalmente non a carico la cessazione della copertura è possibile solo al verificarsi anche di una delle due fattispecie:
 - costituzione da parte del figlio di un proprio nucleo familiare (matrimonio/convivenza more uxorio);
 - conseguimento da parte del figlio, nell'anno d'imposta in cui si verifica l'uscita dal nucleo, di un reddito complessivo superiore a € 26.000 annui lordi;
- e) adesione di un familiare ad una copertura per il rimborso delle spese sanitarie stipulata dal datore di lavoro;
- f) raggiungimento dell'85° anno di età, salva la possibilità di mantenere la copertura nei termini previsti dall'art. 18 "Persone non assicurabili" delle CGA;
- g) esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente;
- h) cessazione dei Piani Sanitari BASE.

Nei suddetti casi, l'assicurazione cesserà la sua validità alla prima scadenza annuale successiva al verificarsi dell'evento, anche per gli eventuali familiari assicurati, e pertanto non si procederà ad alcun rimborso del premio, ad eccezione dei casi di esclusione del dipendente deliberato ai sensi di Statuto e Regolamento dal CDA della Contraente, di licenziamenti per giusta causa e giustificato motivo

soggettivo o delle cessazioni con instaurazione di rapporto di lavoro con Azienda esterna al Gruppo UniCredit nei quali casi il dipendente e gli eventuali familiari assicurati cesseranno immediatamente dalla copertura con il verificarsi dell'evento.

5.4 Regolazione del premio

Entro il primo mese successivo alla decorrenza, a seguito del ricevimento delle anagrafiche, si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto alla Società sulla base delle anagrafiche definitive alla data di decorrenza.

Entro 15 giorni precedenti la scadenza delle singole quietanze per le rate di premio dovute, si procederà contestualmente alla consegna della regolazione contabile del premio in conseguenza delle inclusioni e dei passaggi avvenuti nel corso del periodo di copertura trascorso.

6. Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e delle condizioni previste dal Piano Sanitario potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società se non in base ad accordi specifici.

7. Foro competente

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata per ogni controversia tra la Società e Uni.C.A. è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Se Uni.C.A. 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 Uni.C.A. e/o l'Assistito non forniscono le informazioni adeguate, il contratto potrebbe non essere adeguato alle loro esigenze.

Art.2 Altre assicurazioni/coperture

Uni.C.A. 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, Uni.C.A. 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 OMISSIS

Art.4 Tacito rinnovo

Il presente contratto ha la durata di 2 (due) anni dalla data di decorrenza; lo stesso s'intende in ogni caso cessato alla sua naturale scadenza senza obbligo di disdetta.

Art.5 Estensione Territoriale

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 OMISSIS

Art.7 Obblighi di consegna documentale

Prima di stipulare l'assicurazione, è previsto l'obbligo di consegnare a Uni.C.A. i seguenti documenti:

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

Art.8 OMISSIS

Art.9 Assicurazione per conto altrui

Gli obblighi della polizza devono essere sostenuti da Uni.C.A. 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 di Uni.C.A.

Art.11 Competenza territoriale

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

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". Uni.C.A. 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.

Uni.C.A. 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, ad integrazione di quanto previsto dai Piani Sanitari BASE per i dipendenti del Gruppo UniCredit, 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.

AVVERTENZA: 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 carenza riportati nei singoli Moduli allegati operano:

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

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

Art.15 Presenza di più coperture assicurative

La presente assicurazione opera sempre a secondo rischio, cioè in eccedenza dei limiti previsti dai Piani Sanitari BASE per i dipendenti del Gruppo UniCredit. Ai fini del rimborso/liquidazione, verranno

considerate le condizioni dei Piani Sanitari BASE in vigore alla data di adesione ai Piani Sanitari a secondo rischio.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art.16 Patologie pregresse

Sono incluse nell'assicurazione le malattie (anche croniche e recidivanti), malformazioni e stati patologici, che abbiano dato origine a cure, esami, diagnosi, anteriormente alla data di decorrenza della polizza.

Art.17 Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le prestazioni definite all'articolo "Prestazioni escluse" dei Piani Sanitari BASE del personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit.

Art.18 Persone non assicurabili

Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 1 gennaio 2018.

E' concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2019, soggetti già coperti nel piano sanitario precedente, che compiano 85 anni nel corso della durata del contratto.

Fino al limite di età previsto dalla presente copertura, viene data 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.

OMISSIS

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art.19 Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato da Uni.C.A. e/o dall'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'Assistito è obbligato a comunicare alla Società 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'Assistito è tenuto a trasmettere alla Società 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 Strutture Convenzionate RBM Salute ha sempre l'obbligo di accedervi contattando preventivamente la Centrale Operativa.

Si precisa che 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.

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 anche in Day Hospital (se prevista dal Modulo attivato);
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate;
- 3) certificato del medico oculista o optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dal Modulo attivato);
- 4) relazione medica sulle cause della perdita di autosufficienza, redatta su apposito modello fornito dalla Società, e altra documentazione clinica (ricoveri, visite specialistiche, accertamenti strumentali), oltre agli esiti di un accertamento diagnostico comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive (ad esempio il test M.M.S. di Folstein), nel caso della perdita di autosufficienza (se prevista dal Modulo attivato);
- 5) ricetta medica (recante costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia) e fattura (o scontrino nominativo parlante) con la specifica dei medicinali acquistati e fustella, nel caso di acquisto di medicinali (se previsti dal Modulo attivato).

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 o da infermiere (nel caso di prestazioni connesse alla perdita di autosufficienza, se prevista dal Modulo attivato), 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 in Strutture Convenzionate RBM Salute

Il pagamento diretto avviene in caso di prestazioni extraospedaliere 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 i seguenti preavvisi:

fermo il preavviso minimo di 2 gg (48 h) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di Assistenza diretta:

- se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 4 giorni lavorativi dalla data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi precedenti la data dell'evento
- se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 g lavorativo precedente la data dell'evento .

Rimane fermo per l'Assistito il diritto ad un preavviso di almeno 2 gg (48 ore) lavorativi; in tal caso tuttavia, tale preavviso minimo potrebbe comportare, in ipotesi di diniego dell'autorizzazione, una

comunicazione da parte della Centrale Operativa estremamente a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

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.

c) Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di prestazione in Strutture Convenzionate RBM Salute qualora, sia nel corso della prestazione 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 alla Struttura Convenzionata RBM Salute se già saldate dalla Società alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

OMISSIS

MODULO N. 1 – NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI (SOLO PER I FAMILIARI)

Livello di Protezione ALTA

A) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

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 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.

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*”, rimborserà prestazioni di assistenza a favore

dell'Assistito a fronte di idonei giustificativi di spesa (quali notule, fatture, ecc.) entro il limite annuo di € 7.000.

Criteria 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

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

B) SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

o Consulenza telefonica medico specialistica

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi** un'équipe di specialisti con i quali conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

o 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.

○ **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. Il servizio è attivo **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

○ **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.

○ **Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario**

Qualora l'Assistito, a seguito di ricovero per infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

In tal caso la Società garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno) con un massimale di € 1.500 per evento.

In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il semplice rientro al domicilio, ove l'assistito si trovi ad almeno 50 km dallo stesso con un massimale di € 700 per evento.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

○ **Rimpatrio della salma**

In caso di decesso all'estero durante un ricovero (conseguente ad intervento chirurgico), la Società provvede al pagamento delle spese per il rientro della salma con un massimale di € 2.000 per evento.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

Livello di Protezione TOTALE

A) INABILITÀ E NON AUTOSUFFICIENZA

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 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.

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 "*Criteria 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 "*Criteria per l'accertamento della perdita dell'autosufficienza*", rimborserà prestazioni di assistenza a favore dell'Assistito a fronte di idonei giustificativi di spesa (quali notule, fatture, ecc.) entro il limite annuo di € 10.000.

Criteria 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

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

B) SERVIZI ASSISTENZIALI

Sono comprese nella garanzia anche i seguenti servizi assistenziali:

○ **Consulenza telefonica medico specialistica**

Quando l'Assistito necessita di una consulenza telefonica di carattere medico-specialistico, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi** un'équipe di specialisti con i quali conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

○ **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.

○ **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. Il servizio è attivo **24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi**.

○ **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.

○ **Trasporto sanitario, trasferimento sanitario e rientro sanitario**

Qualora l'Assistito, a seguito di ricovero per infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

In tal caso la Società garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno) con un massimale di € 1.500 per evento.

In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il semplice rientro al domicilio, ove l'assistito si trovi ad almeno 50 km dallo stesso con un massimale di € 700 per evento.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

- **Rimpatrio della salma**

In caso di decesso all'estero durante un ricovero (conseguente ad intervento chirurgico), la Società provvede al pagamento delle spese per il rientro della salma con un massimale di € 2.000 per evento.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

MODULO N. 2 – MEDICINALI

Livello di Protezione ALTA

A) FARMACI

La garanzia prevede il rimborso delle spese per l'acquisto di medicinali ivi compresi gli "equivalenti" (o generici), ossia che contengono la stessa quantità di principio attivo e presentano la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto, che siano compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie, (intendendosi pertanto esclusi i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 45 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente modulo è il seguente:

- € 350

Franchigia/Scoperto

In forma rimborsuale

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla spesa sostenuta.

B) COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER L'ACQUISTO DI MEDICINALI (TICKET)

La garanzia prevede il rimborso 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 (ricetta rossa SSN) 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, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 45 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente modulo è il seguente:

- € 350

Franchigia/Scoperto

In forma rimborsuale

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

Livello di Protezione TOTALE

A) FARMACI

La garanzia prevede il rimborso delle spese per l'acquisto di medicinali ivi compresi gli "equivalenti" (o generici), ossia che contengono la stessa quantità di principio attivo e presentano la stessa biodisponibilità di un altro di marca con brevetto scaduto, che siano compresi nella categoria "medicinali" dell'Informatore Farmaceutico edito da Codifa, presente in tutte le farmacie, (intendendosi pertanto esclusi i medicinali omeopatici, galenici e parafarmaci), prescritti dal medico curante o dallo specialista.

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

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 45 giorni.
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente modulo è il seguente:

- € 500

Franchigia/Scoperto

In forma rimborsuale

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla spesa sostenuta.

B) COMPARTECIPAZIONE ALLA SPESA SANITARIA PER L'ACQUISTO DI MEDICINALI (TICKET)

La garanzia prevede il rimborso 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 (ricetta rossa SSN) 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, da parte del farmacista, del costo dei singoli prodotti con il timbro della farmacia unitamente allo scontrino fiscale rilasciato dalla stessa per il totale.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 45 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per il presente modulo è il seguente:

- € 500

Franchigia/Scoperto

In forma rimborsuale

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25% sulla quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket).

MODULO N. 3 – LENTI ED OCCHIALI

Livello di Protezione ALTA

A) OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assistito per l'acquisto di 1 paio di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista all'anno a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

CONDIZIONI DI RIMBORSO

E' prevista una carenza di 45 giorni.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro il massimale di € 130,00 per anno e per persona.

Franchigia/Scoperto

In ottici convenzionati

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 15 per occhiale.

In ottici non convenzionati

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 30 per occhiale.

B) ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assistito per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) o lenti a contatto correttive della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di ottici convenzionati.**

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

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 all'ottico convenzionato, lasciando a carico dell'Assistito esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione.

Descrizione prestazione	
LENTI E MATERIALI OTTICI	
	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 15,90
Giornaliere 90 lenti	€ 42,08
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 21,51
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 56,10
Settimanali 6 lenti	€ 17,77
Mensili 1 lente	€ 5,61
Mensili 3 lenti	€ 14,03
Mensili 6 lenti	€ 25,25
Mensili toriche 3 lenti	€ 32,73
Mensili toriche 6 lenti	€ 65,45
Morbide annuali (alla coppia)	€ 70,13
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 168,30
Rigide (alla coppia)	€ 187,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 117,81
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 20,57
Soluzione salina	€ 1,87
Perossido	€ 0,39
Soluzione unica	€ 4,68
Detergente	€ 6,55
Collirio	€ 6,55
Enzimi	€ 9,35
Lenti organiche bianche	€ 19,64
Lenti organiche antiriflesso	€ 49,56
Lenti organiche 1,67 ar	€ 75,74
Lenti organiche 1,74 ar	€ 145,86
Lenti lantanio ar	€ 107,53
Lenti progressive	€ 140,25
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 18,70
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 23,38
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 39,27
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 65,45
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 93,50
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 98,18
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 65,45

Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 88,83
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 88,83
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 116,88
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 102,85
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 135,58
Monofocale in vetro non trattata	€ 18,70
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 37,40
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 32,73
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 46,75
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 28,05
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 46,75
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 46,75
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 65,45
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 42,08
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 60,78
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 140,25
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 187,00
Montatura celluloide e/o metallo	€ 84,15
Montatura glosant (a giorno)	€ 121,55

Livello di Protezione TOTALE

A) OCCHIALI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assistito per l'acquisto di 1 paio di occhiali (lenti e montatura) correttivi della vista all'anno a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

CONDIZIONI DI RIMBORSO

E' prevista una carenza di 45 giorni.

Massimale

La Società provvede al rimborso delle spese della presente garanzia entro il massimale di € 150,00 per anno e per persona.

Franchigia/Scoperto

In ottici convenzionati

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 15 per occhiale.

In ottici non convenzionati

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 30 per occhiale.

B) ALTRE VOCI

La garanzia prevede la liquidazione delle spese sostenute da ciascun Assistito per l'acquisto di occhiali (lenti e montatura) o lenti a contatto correttive della vista a seguito di modifica del visus certificata da medico oculista o optometrista regolarmente abilitato.

La presente garanzia è prestata **esclusivamente nel caso in cui l'Assistito si avvalga di ottici convenzionati.**

CONDIZIONI DI RIMBORSO

Carenza

Non è prevista nessuna carenza per le prestazioni della presente garanzia.

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 all'ottico convenzionato, lasciando a carico dell'Assistito esclusivamente una franchigia fissa per ciascuna prestazione.

Descrizione prestazione	
LENTI E MATERIALI OTTICI	
	Franchigia
Giornaliere 30 lenti	€ 14,45
Giornaliere 90 lenti	€ 38,25
Giornaliere toriche 30 lenti	€ 19,55
Giornaliere toriche 90 lenti	€ 51,00
Settimanali 6 lenti	€ 16,15
Mensili 1 lente	€ 5,10
Mensili 3 lenti	€ 12,75
Mensili 6 lenti	€ 22,95
Mensili toriche 3 lenti	€ 29,75
Mensili toriche 6 lenti	€ 59,50
Morbide annuali (alla coppia)	€ 63,75
Morbide annuali toriche (alla coppia)	€ 153,00
Rigide (alla coppia)	€ 170,00
L.a.c. gas-permeabili	€ 107,10
Cosmetiche mensili (alla coppia)	€ 18,70
Soluzione salina	€ 1,70
Perossido	€ 0,35
Soluzione unica	€ 4,25
Detergente	€ 5,95

Collirio	€ 5,95
Enzimi	€ 8,50
Lenti organiche bianche	€ 17,85
Lenti organiche antiriflesso	€ 45,05
Lenti organiche 1,67 ar	€ 68,85
Lenti organiche 1,74 ar	€ 132,60
Lenti lantanio ar	€ 97,75
Lenti progressive	€ 127,50
Lente oftalmica materiale infrangibile	€ 17,00
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antigraffio	€ 21,25
Lente oftalmica materiale infrangibile trattamento antiriflesso	€ 35,70
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antigraffio	€ 59,50
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso	€ 85,00
Lente Bifocale mat. Infr. Disco 28 trattamento antiriflesso ultima generazione	€ 89,25
Transitions VI 1,5 antigraffio	€ 59,50
Transitions VI 1,5 antiriflesso	€ 80,75
Transitions VI 1,6 antigraffio	€ 80,75
Transitions VI 1,6 antiriflesso	€ 106,25
Transitions VI 1,6 asf. Antigraffio	€ 93,50
Transitions VI 1,6 asf. Antiriflesso	€ 123,25
Monofocale in vetro non trattata	€ 17,00
Monofocale in vetro trattata con antiriflesso	€ 34,00
Monofocale in vetro fotocromatico non trattata	€ 29,75
Monofocale in vetro fotocromatico trattata con antiriflesso	€ 42,50
Monofocale in vetro 1,6 non trattata	€ 25,50
Monofocale in vetro 1,6 trattata con antiriflesso	€ 42,50
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 non trattata	€ 42,50
Monofocale in vetro fotocromatico 1,6 trattata con antiriflesso	€ 59,50
Monofocale in vetro titanio 1,7 non trattata	€ 38,25
Monofocale in vetro titanio 1,7 trattata con antiriflesso	€ 55,25
Monofocale in vetro lantanio 1,8 trattata con antiriflesso	€ 127,50
Monofocale in vetro lantanio 1,9 trattata con antiriflesso	€ 170,00
Montatura celluloidi e/o metallo	€ 76,50
Montatura glosant (a giorno)	€ 110,50

MODULO N. 4 – MEDICINA ALTERNATIVA

Livello di Protezione ALTA

Prestazioni di Medicina Alternativa o Complementare:

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica;

sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 45 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 350

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un massimo di € 35 per seduta.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assistito per un massimo di € 35 per seduta.

Livello di Protezione TOTALE

Prestazioni di Medicina Alternativa o Complementare:

Sono riconosciute le spese per pratiche mediche “non convenzionali” definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, quali visite e trattamenti di :

- agopuntura effettuata da medico;
- osteopatia;
- chiropratica;

sempreché siano accompagnate da referto medico con la descrizione della patologia e l'indicazione al trattamento conseguente e siano effettuati da medico o presso un Centro Medico, o da personale fornito di diploma abilitante all'esercizio della prestazione.

Non rientrano in copertura prestazioni effettuate presso palestre, club ginnico-sportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 45 giorni.

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 550

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture Convenzionate RBM Salute le spese per le prestazioni erogate vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture stesse per un massimo di € 35 per seduta.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

Nel caso di utilizzo di Strutture non Convenzionate RBM Salute, le spese per le prestazioni erogate vengono rimborsate all'Assistito per un massimo di € 35 per seduta.

MODULO N. 5 – MEDICINA ESTETICA

Livello di Protezione ALTA

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche di seguito elencati.

Prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro 30 giorni precedenti l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario 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;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami.

Dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati entro 60 giorni successivi all'intervento chirurgico e purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Prestazione
MEDICINA ESTETICA
Teleangectasie
Asportazione xantelasma
Adiposità localizzate
Blefaroplastica (2 palpebre)
Blefaroplastica (4 palpebre)
Capezzolo introflesso
Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm
Cicatrici da acne
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm
Dermoabrasione
Innesto dermoepidermico
Ricostruzione lobi auricolari
Otoplastica <Orecchie ventola>
Revisione di cicatrice

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 45 giorni
Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 3.500

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 350 per evento.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000 per evento.

Livello di Protezione TOTALE

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche di seguito elencati.

Prima del ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche effettuati entro 30 giorni precedenti l'intervento chirurgico ambulatoriale, purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario 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;
- l'assistenza medica ed infermieristica, le cure, i medicinali, gli esami.

Dopo il ricovero

- gli accertamenti diagnostici, gli esami di laboratorio, le visite specialistiche, l'acquisto dei medicinali, le prestazioni mediche, chirurgiche ed infermieristiche, effettuati entro 45 giorni successivi all'intervento chirurgico e purché pertinenti alla condizione clinica che ha reso necessario l'intervento chirurgico.

Prestazione
MEDICINA ESTETICA
Teleangectasie
Asportazione xantelasma
Adiposità localizzate

Blefaroplastica (2 palpebre)
Blefaroplastica (4 palpebre)
Capezzolo introflesso
Correzione chirurgica cicatrice > 5 cm
Cicatrici da acne
Correzione chirurgica cicatrice < 5 cm
Dermoabrasione
Innesto dermoepidermico
Ricostruzione lobi auricolari
Otoplastica <Orecchie ventola>
Revisione di cicatrice

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 45 giorni

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

Massimale

Il massimale per anno e per persona previsto per la presente garanzia è il seguente:

- € 5.000

Franchigia/Scoperto

In Strutture Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di una franchigia pari ad € 350 per evento.

In Strutture non Convenzionate RBM Salute

E' prevista l'applicazione di uno scoperto del 25%, con il minimo non indennizzabile di € 1.000 per evento.

MODULO N. 6 – SCOPERTI E FRANCHIGIE

La Società provvede al rimborso entro i limiti di seguito elencati degli scoperti e delle franchigie definiti ai rispettivi articoli dei Piani Sanitari BASE del personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit, con esclusione di:

- spese non rimborsate per eccedenza dei massimali previsti dalle singole garanzie oppure per superamento dei limiti di indennizzo, nel caso di applicazione di plafond, ove previsti;
- prestazioni non rimborsabili ai sensi della presente assicurazione;
- scoperti e franchigie per prestazioni effettuate in Strutture Convenzionate RBM Salute, comprese quelle indicate nell'”Elenco Cliniche TOP”, senza attivazione della forma diretta, quando possibile.

Descrizione pacchetti	
OPZIONI E MASSIMALI ANNUI PER PERSONA	
Opzione	Massimale annuo per persona
Opzione A	€ 250,00
Opzione B	€ 500,00
Opzione C	€ 750,00
Opzione D	€ 1.000,00

CONDIZIONI DI LIQUIDAZIONE/RIMBORSO

Carenza

E' prevista una carenza di 45 giorni

Non è prevista carenza in caso di infortunio.

RBM Assicurazione Salute S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025
direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:
Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702
Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

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

