

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti

Che tipo di assicurazione è?

La copertura opera ad integrazione di altri Piani Sanitari collettivi e prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per prestazioni ospedaliere (ricoveri, ecc.) ed extraospedaliere.



Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese:

- ✓ Inabilità e Non Autosufficienza;
- ✓ Servizi Assistenziali;
- ✓ Medicinali;
- ✓ Compartecipazione alla spesa sanitaria per l'acquisto di medicinali (Ticket);
- ✓ Lenti ed Occhiali;
- ✓ Lenti e materiali ottici;
- ✓ Medicina alternativa;
- ✓ Medicina estetica;
- ✓ Scoperti e franchigie.

La copertura prevede un limite massimo annuo (massimale) degli indennizzi riconosciuti dalle singole garanzie.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza e sieropositività HIV.
- ✗ Gli infortuni precedenti alla stipula della polizza.
- ✗ Non è ammesso l'inserimento in polizza di nuovi assicurati che abbiano già compiuto l'85° anno di età alla data del 31 dicembre 2019.
- ✗ Si segnala inoltre la presenza di una serie di casi in cui la copertura assicurativa non opera. Sono ad esempio esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di alcuni sport (tra cui sport aerei e gare automobilistiche) e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti, nonché gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni. Sono altresì escluse le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie (tra cui l'interruzione volontaria di gravidanza) oppure dovute a cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza. Si ribadisce che tale descrizione dei rischi esclusi è di tipo meramente sintetico e non comprende tutte le casistiche di esclusione previste dalla polizza.



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura prevede franchigie e scoperti specifici per garanzia, che possono causare la riduzione o il mancato pagamento dell'indennizzo.
- ! 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.



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione vale in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

- 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.
- In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'assistito 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'assistito è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).
- Per ottenere la liquidazione dei sinistri, è necessario presentare la documentazione medica intestata all'Assistito.



Quando e come devo pagare?

Il premio dovrà essere corrisposto con frazionamento mensile anticipato.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni a partire dalle ore 00.00 del 01/01/2020 alle ore 24.00 del 31/12/2021 giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio.



Come posso disdire la polizza?

La presente copertura è senza tacita proroga e, pertanto, si intende automaticamente disdettata alla sua scadenza naturale.

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

Documento informativo precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

RBM Assicurazione Salute S.p.A.



Prodotto: TUTTOSALUTE! 2.0

Ultima release 29/07/2019

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede legale in Via Forlanini, 24, 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) tel. +39 0422 062700 sito internet: www.rbmsalute.it; e-mail: info@rbmsalute.it; pec: rbmsalutespa@pecrbmsalute.it
La Società è stata autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 ed iscritta nell' Albo delle Imprese di assicurazione con il numero 1.00161.

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2018

Patrimonio netto: € 230.873 migliaia di euro, di cui capitale sociale € 120.000 migliaia di euro e totale delle riserve patrimoniali € 73.766 migliaia di euro. I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) vengono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio della Società. Per la loro consultazione si rinvia al sito www.rbmsalute.it (sezione Informazioni Societarie). Le risultanze della valutazione del profilo di rischio della Società, vedono i seguenti parametri fondamentali:

- Solvency Capital Requirement (SCR) = 139.405 migliaia di euro
- Requisito Patrimoniale Minimo (MCR) = 34.851 migliaia di euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'SCR = 243.975 migliaia di euro
- Fondi propri ammissibili a copertura dell'MCR = 235.671 migliaia di euro
- Indice di solvibilità (solvency ratio): 175% (189% al netto dell'add on di capitale).

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP; l'ampiezza dell'impegno della Società è rapportata ai massimali ed alle somme assicurate concordate con il contraente.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

1. gli interventi di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni;
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purché consentito dallo stato di salute dell'Assicurato;
5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;

	<p>6. le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - abuso di alcolici; - uso di allucinogeni; - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti; <p>7. l'aborto volontario non terapeutico;</p> <p>8. la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio e fatto salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;</p> <p>9. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita, fatto salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE. Per questa tipologia di interventi non è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera;</p> <p>10. gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;</p> <p>11. check-up clinici;</p> <p>12. agopuntura salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;</p> <p>13. prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness;</p> <p>14. psicoterapia salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;</p> <p>15. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;</p> <p>16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;</p> <p>17. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;</p> <p>18. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;</p> <p>19. gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;</p> <p>20. le spese sostenute in conseguenza delle seguenti malattie mentali: psicosi, disturbi nevrotici della personalità e altri disturbi psichici non psicotici, ritardo mentale e comunque tutte le malattie 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;</p> <p>21. prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnicosportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.</p>
--	--



Ci sono limiti di copertura?


Il Contraente 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 deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso della Società.


Si riportano di seguito massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie riferiti alle diverse opzioni. Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/persona e gli scoperti/franchigie per evento.

MODULO 1 - NON AUTOSUFFICIENZA E SERVIZI ASSISTENZIALI		
	PROTEZIONE ALTA	PROTEZIONE TOTALE
a) INABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA Condizioni Carenza	indennizzo di € 7.000 4 ADL su 6 ADL nessuna carenza	indennizzo di € 10.000 4 ADL su 6 ADL nessuna carenza
b) SERVIZI ASSISTENZIALI In network	solo In Network Medica - Consulenza - Guardia Medica Permanente - Second	solo In Network Medica - Consulenza - Guardia Medica Permanente - Second

	Opinion - Tutoring - Trasporto Sanitario (massimale € 1.500) - Rimpatrio Salma (massimale € 2.000) - Rientro Sanitario (massimale € 700) Carenza nessuna carenza	Opinion - Tutoring - Trasporto Sanitario (massimale € 1.500) - Rimpatrio Salma (massimale € 2.000) - Rientro Sanitario (massimale € 700) nessuna carenza
MODULO 2 - MEDICINALI		
	PROTEZIONE ALTA	PROTEZIONE TOTALE
a) FARMACI GENERICI Massimale Condizioni Carenza	€ 350 scoperto 25% 45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	€ 500 scoperto 25% 90 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
b) TICKET Massimale Condizioni Carenza	€ 350 rimborso del 75% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) 45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	€ 500 rimborso del 75% della quota di compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket) 45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
MODULO 3 - LENTI ED OCCHIALI		
	PROTEZIONE ALTA	PROTEZIONE TOTALE
a) OCCHIALI Massimale Condizioni: In network Fuori network Carenza	1 paio all'anno, in seguito a modifica del visus € 130 franchigia € 15 franchigia € 30 45 giorni	1 paio all'anno, in seguito a modifica del visus € 150 franchigia € 15 franchigia € 30 45 giorni
b) ALTRE VOCI Massimale Condizioni Fuori network Carenza	Solo in Network - da elenco illimitato franchigia differenziata per ciascuna prestazione non previste nessuna carenza	Solo in Network - da elenco illimitato franchigia differenziata per ciascuna prestazione non previste nessuna carenza
MODULO 4 - MEDICINA ALTERNATIVA		
	PROTEZIONE ALTA	PROTEZIONE TOTALE
	PRESTAZIONI DI MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE: - agopuntura effettuata da medico - trattamenti osteopatici - trattamenti chiropratici € 350 rimborso € 35 per seduta rimborso € 35 per seduta 45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	PRESTAZIONI DI MEDICINA ALTERNATIVA O COMPLEMENTARE: - agopuntura effettuata da medico - trattamenti osteopatici - trattamenti chiropratici € 550 rimborso € 35 per seduta rimborso € 35 per seduta 45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
Massimale Condizioni: In network Fuori network Carenza		
MODULO 5 - MEDICINA ESTETICA		
	PROTEZIONE ALTA	PROTEZIONE TOTALE

	INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE	INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE
Massimale	Solo in Network - da elenco € 3.500	Da elenco Modulo 12 € 5.000
Condizioni:		
In network	franchigia € 350 per evento scoperto 25% minimo non indennizzabile di € 1.000	franchigia € 350 per evento scoperto 25% minimo non indennizzabile di € 1.000
Fuori network		
Pre	30 giorni	30 giorni
Post	60 giorni	45 giorni
Carenza	45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)	45 giorni (nessuna carenza in caso di infortunio)
MODULO 6 - SCOPERTI E FRANCHIGIE		
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

 Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?	
Cosa fare in caso di sinistro?	Denuncia di sinistro: Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità, comunicandolo alla Società per iscritto o tramite web (area riservata/app mobile). Con le stesse modalità potrà essere trasmessa la richiesta di indennizzo.
	Assistenza diretta/in convenzione: l'Assicurato ha la facoltà di accedere, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, ad alcune prestazioni sanitarie erogate dalle strutture appartenenti al Network reso disponibile dalla Società.
	Gestione da parte di altre imprese: non prevista.
	Prescrizione: ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. L'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.
Obblighi dell'impresa	La Società si impegna a: a) Regime di assistenza diretta - rilasciare un Voucher Salute entro 7 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di autorizzazione completa e per la quale abbiano avuto esito positivo le verifiche tecnico-mediche-assicurative. L'Assicurato, previa prenotazione, potrà effettuare la prestazione presso la struttura riportata nel Voucher entro 30 giorni dal rilascio di quest'ultimo. L'esecuzione della prestazione entro 30 giorni è garantita esclusivamente con riferimento alle strutture proposte dalla Centrale Operativa. b) Regime rimborsuale - mettere in pagamento l'indennizzo all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di rimborso completa di tutta la documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno. Il premio dovrà essere corrisposto con versamento frazionamento mensile (anticipato) per ogni mensilità con scadenza fissata l'ultimo giorno del mese precedente a quello di competenza (ad es.

	per il mese di aprile, il premio dovrà essere versato entro il 31 marzo). Tuttavia con esclusivo riferimento alla prima rata di Gennaio e della seconda rata di Febbraio il versamento verrà effettuato unitamente a quella successiva di Marzo scadente il 28 febbraio. Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società mediante bonifico bancario.
Rimborso	Non previsto.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Il contratto di assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2020 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento e avrà scadenza alle ore 00:00 del giorno 01/01/2022. La polizza prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	Non prevista.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non previsto.
Risoluzione	Non sono previsti casi, oltre quelli previsti dalla legge, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto assicurativo è destinato a personale dipendente in servizio con contrattualistica italiana del Gruppo UniCredit, che intendono ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o malattia.



Quali costi devo sostenere?

Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami di RBM Assicurazione Salute S.p.A. con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tramite compilazione di apposita form-mail, reperibile sul sito della Società www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami, compilabile direttamente on-line; - tramite posta, ordinaria o raccomandata, indirizzata a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde; - via fax al numero 0422/062909; - via mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it. <p>Ove non sia utilizzata la form-mail, per individuare correttamente la posizione e dar seguito ad una pronta trattazione della pratica al fine di fornire una risposta chiara e completa, è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato; - nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall' Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega alla presentazione del reclamo sottoscritta dall' Assicurato e copia del relativo documento d'identità; - numero di pratica; - sintetica ed esaustiva esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto. RBM Assicurazione Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.</p>
----------------------------------	---

All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando obbligatoriamente un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA ALL'ASSICURATO (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA E UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

**Contratto di Assicurazione per il rimborso
delle spese mediche da malattia e da infortunio
redatto secondo le Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro
"Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018)**

RBM TUTTOSALUTE! UNICA

Contratto di Assicurazione
per il rimborso delle spese sanitarie



Patto Chiaro Salute - Polizza verificata da Adiconsum

MODELLO FI0070
Edizione 01/01/2020

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le Condizioni di Assicurazione

SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 44:

- SEZIONE I

-
- Glossario da pag. 1

 - Capitolo 1 – Informazioni generali - da pag.4

 - Capitolo 2 – Norme che regolano la convenzione – da pag. 6

 - Capitolo 3 – Condizioni assicurative - da pag. 8

- SEZIONE II

-
- Capitolo 1 – Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione - da pag. 12

 - Capitolo 2 – Liquidazione dell'indennizzo - da pag. 13

 - Modulo n. 1 – Non Autosufficienza e Servizi Assistenziali - da pag. 21

 - Modulo n. 2 – Medicinali - da pag. 29

 - Modulo n. 3 – Lenti ed Occhiali - da pag. 32

 - Modulo n. 4 – Medicina Alternativa - da pag. 38

 - Modulo n. 5 – Medicina Estetica - da pag. 40

 - Modulo n. 6 – Scoperti e franchigie - da pag. 44

- ALLEGATI

-
1. Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
-

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209) e delle Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro "Contratti Semplici e Chiari" (06 febbraio 2018), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute del presente contratto, sono riportate in carattere "sottolineato e grassetto".

Sezione I

GLOSSARIO

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.

CDA: condizioni di assicurazione.

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 Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale. La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni Extraospedaliere** - 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..

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.

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione in forma scritta nei confronti della Società o di un intermediario, relativa ad un contratto o a un servizio assicurativo; non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Regime di assistenza diretta: l'accesso, tramite preventiva attivazione della Centrale Operativa, alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assicurato, al netto di eventuali somme che rimangano a suo carico, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

Regime rimborsuale: il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte e non rientranti nell'ambito del Network, nei limiti ed alle condizioni prestabiliti dalle CDA.

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 Assicurazione 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.

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni generali sull'impresa di assicurazione

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. (di seguito per brevità anche RBM Assicurazione Salute S.p.A.); Sede legale e direzione generale: via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde - Preganziol, Treviso (Italia)/sede secondaria: via Victor Hugo 4, 20123 Milano (Italia);

Recapiti telefonici: +39 0422 062700 (sede legale e direzione generale) / +39 02 91431789 (sede secondaria); sito internet: www.rbmsalute.it; indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; indirizzo di posta elettronica certificata: rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it;

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. è 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).

Art. 2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2018

Patrimonio netto:	€ 230.873.414,00
di cui	
- capitale sociale:	€ 120.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 73.765.532,00
Indice di solvibilità ² :	175% (189% al netto dell'add on di capitale)

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 Assicurazione Salute S.p.A. evidenzia che i suoi creditori sono più che coperti dall'eccellente stato di solvibilità della Società.

Art. 3. 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 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 Assicurato e le stesse garanzie, i termini di aspettativa di cui sopra operano:

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

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

In caso di mancato pagamento di una rata di premio, saranno applicati nuovamente i termini di carenza previsti in polizza nel paragrafo "Carenza" delle varie garanzie.

Esempio:

a) Ipotizziamo che il contratto assicurativo abbia decorrenza 01/08/2019.

¹ I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) vengono aggiornati annualmente a seguito dell'approvazione del bilancio della Compagnia. Per la loro consultazione si rinvia al sito www.rbmsalute.it (sezione Informazioni Societarie).

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.

L'Assistito che, in data 15/08/2019, 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 01/08/2019.

L'Assistito che, in data 25/09/2019 abbia acquistato 1 paio di occhiali (Modulo 3) avrà diritto al rimborso nei termini di polizza.

Art. 4. 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.

Art. 5. Diritto di recesso - ripensamento

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

Avvertenza: Il Contraente nel caso di conclusione del contratto a distanza 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 Assicurazione 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.

Art. 6. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Ai sensi dell'articolo 2952 del Codice civile, il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

Art. 7. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Assicurazione Salute S.p.A. con una delle seguenti modalità:

- tramite compilazione di apposita form-mail, reperibile sul sito della Compagnia www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami, compilabile direttamente on-line;
- tramite posta, ordinaria o raccomandata, indirizzata a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde;
- via fax al numero 0422/062909;
- via mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it.

Ove non sia utilizzata la form-mail, per individuare correttamente la posizione e dar seguito ad una pronta trattazione della pratica al fine di fornire una risposta chiara e completa, è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato;
- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega alla presentazione del reclamo sottoscritta dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità;
- numero di pratica;
- sintetica ed esaustiva esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela.

Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

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

Qualora il reclamante 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, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it.
Info su: www.ivass.it

- 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.

CAPITOLO 2 - NORME CHE REGOLANO LA CONVENZIONE

Art. 8. 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, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati nei singoli Moduli.

Art. 9. 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. 17 "Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio".

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.

9.1 – 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.

Art. 10. 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.

10.1 – 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.

10.2 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%.

10.3 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. 30 "Persone non assicurabili";
- 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.

10.4 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.

Art. 11. 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.

Art. 12. 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.

CAPITOLO 3 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 13. 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'Assicurato 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. 14. 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.

Art. 15. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

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

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

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.

Non è prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario.

Art. 16. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Lo stesso vale anche nel caso in cui il medesimo rischio sia coperto da contratti stipulati dall'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. 17. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2020 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento e avrà scadenza alle ore 00:00 del giorno 01/01/2022.

Il versamento del premio, tuttavia, avverrà con frazionamento mensile (anticipato) per ogni mensilità con scadenza fissata l'ultimo giorno del mese precedente a quello di competenza (ad es. per il mese di aprile, il premio dovrà essere versato entro il 31 marzo). Tuttavia con esclusivo riferimento alla prima rata di Gennaio e della seconda rata di Febbraio il versamento verrà effettuato unitamente a quella successiva di Marzo scadente il 28 febbraio.

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

Il premio dovrà essere versato da Uni.C.A. alla Società, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario.

In caso di pagamento dei premi successivo ai termini suindicati, verranno applicati nuovamente i termini di aspettativa previsti dal paragrafo "Carenza" dei successivi Moduli nn. da 1 a 6.

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

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:

- 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.

Si precisa che il presente Piano Sanitario sarà attivo decorse le carenze previste dai rispettivi Moduli prescelti.

In caso di decesso dell'Assicurato si applicano le seguenti previsioni:

- in caso di decesso del Contraente che è anche unico Assicurato, il contratto si estingue ed il premio già versato alla Società rimane acquisito dalla stessa;
- in caso di decesso di un Assicurato che non sia Contraente:
 - se l'Assicurato è uno solo, il contratto si estingue ed il premio già versato alla Società rimane acquisito dalla stessa; nel caso in cui dovessero essere ancora versate delle ulteriori rate di premio per l'annualità assicurativa in corso, il Contraente rimane obbligato al pagamento delle stesse nei confronti della Società;

- se vi sono più Assicurati, la copertura assicurativa prosegue per gli Assicurati superstiti. Per l'annualità in corso, il premio già versato rimane acquisito dalla Società; nel caso dovessero essere versate delle ulteriori rate di premio, il Contraente rimane obbligato al pagamento delle stesse nei confronti della Società, come da premio determinato in fase di emissione (comprensivo pertanto dell'Assicurato defunto), fino al termine dell'annualità assicurativa. In caso di tacito rinnovo della polizza, il premio dovuto dal Contraente per l'annualità successiva viene rideterminato alle condizioni di emissione ma in base al nuovo numero di Assicurati;
- in caso di decesso del Contraente che non sia Assicurato o che non sia l'unico Assicurato:
 - qualora il Contraente avesse già pagato l'intero premio annuo, la copertura assicurativa rimane attiva per gli Assicurati superstiti sino alla termine dell'annualità assicurativa in corso, al termine della quale il contratto si estingue, senza possibilità di rinnovo;
 - qualora il Contraente avesse selezionato la rateazione del premio, la copertura assicurativa cessa al termine del periodo temporale per il quale era stata pagata l'ultima rata di premio e non sono dovute le rate di premio ulteriori. In tale caso, i massimali annui si intendono ridotti in modo proporzionale all'effettivo periodo temporale di copertura, al termine del quale il contratto si estingue, senza possibilità di rinnovo.

Art. 18. 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. 19. 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. 20. Forma e modalità delle comunicazioni

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

Il Contraente e la Società accettano di utilizzare tecniche di comunicazione a distanza per adempiere ai reciproci obblighi relativi alla comunicazione e consegna della documentazione precontrattuale e contrattuale nonché alla trasmissione di ogni altra comunicazione relativa al contratto.

Il Contraente può sempre richiedere, senza oneri aggiuntivi, di ricevere documenti e comunicazioni in formato cartaceo.

Art. 21. Obblighi di consegna documentale

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

- a) Dip;
- b) Dip aggiuntivo;
- c) Condizioni di Assicurazione;
- d) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali).

Art. 22. Operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

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

Art. 23. Regime fiscale

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

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

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. 24. Assicurazione per conto altrui

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

Art. 25. 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. 26. 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 Assicurazione 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. 27. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

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

Sezione II

CAPITOLO 1 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 28. 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. 29. Esclusioni

Sono escluse dal rimborso le spese relative a:

1. gli interventi di correzione o eliminazione della miopia, salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
2. le protesi dentarie, la cura delle paradontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici, salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi o da intervento chirurgico oncologico (limitatamente alla sede anatomica di lesione) e quelli relativi a bambini di età inferiore a tre anni;
4. i ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio, purché consentito dallo stato di salute dell'Assicurato;
5. i ricoveri causati dalla necessità dell'Assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché i ricoveri per lunga degenza, determinati da condizioni fisiche dell'Assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. le intossicazioni e gli infortuni conseguenti a:
 - abuso di alcolici;
 - uso di allucinogeni;
 - uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
7. l'aborto volontario non terapeutico;
8. la correzione o l'eliminazione di malformazioni o difetti fisici, salvo che dagli stessi non consegua una patologia o che gli stessi non siano conseguenti ad infortunio e fatto salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
9. tutte le procedure e gli interventi finalizzati alla fecondazione assistita, fatto salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE. Per questa tipologia di interventi non è in ogni caso riconosciuta l'indennità sostitutiva giornaliera;
10. gli infortuni sofferti in conseguenza di proprie azioni delittuose dolosamente compiute o tentate dall'Assicurato, nonché da lui volutamente attuate o consentite contro la sua persona;
11. check-up clinici;
12. agopuntura salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
13. prestazioni fisioterapiche (ove previste) non effettuate da medico specialista o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, ovvero effettuate presso centri estetici o di fitness;
14. psicoterapia salvo quanto previsto dai diversi Piani Sanitari BASE;
15. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;

17. gli infortuni derivanti dalla pratica degli sport aerei in genere o di qualsiasi sport esercitato professionalmente;
18. gli infortuni derivanti dalla partecipazione a corse o gare automobilistiche non di regolarità pura, motociclistiche e motonautiche, ed alle relative prove ed allenamenti;
19. gli infortuni sofferti e le malattie verificatesi durante lo svolgimento del servizio di leva od il servizio sostitutivo di questo, l'arruolamento volontario, il richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
20. le spese sostenute in conseguenza delle seguenti malattie mentali: psicosi, disturbi nevrotici della personalità e altri disturbi psichici non psicotici, ritardo mentale e comunque tutte le malattie 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 terapeutico³
21. ;prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnicosportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Art. 30. 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 2020.

E' concessa tuttavia la facoltà di mantenere in assicurazione, sino al 31 dicembre 2021, 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.

Tuttavia, gli Assicurati che compiano 85 anni nel corso della durata del contratto, potranno essere mantenuti in assicurazione sino al 31 dicembre 2021 previa applicazione, a partire dall'anno successivo al compimento dell'85° anno, della maggiorazione del 25% del premio.

CAPITOLO 2 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 31. 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'Assicurato riceva rimborso da parte di Fondi o Enti **è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.**

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

L'Assicurato, 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'Assicurato stesso.

³ Si segnala che le precisazioni introdotte in merito all'esclusione in oggetto sono frutto delle indicazioni impartite alle Imprese dall'IVASS (già ISVAP) a seguito del recepimento da parte dell'Italia con Legge n.18 del 3 marzo 2009 della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Tali indicazioni richiedevano alle Imprese di precisare – in tema di disturbi psichici – quali prestazioni sanitarie fossero ammesse a rimborso in conseguenza di malattie mentali permanenti e preesistenti all'inclusione in copertura.

L'accertamento potrà essere disposto entro un termine minimo di 48 ore dalla denuncia del sinistro e comunque entro un termine massimo di sei mesi.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assicurato titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato;
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;
- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire;
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle presenti CDA.

Si precisa che qualora l'Assicurato intenda utilizzare una struttura e/o un medico convenzionati con RBM Assicurazione Salute ha sempre l'obbligo di accedervi in regime di assistenza diretta, contattando preventivamente la Centrale Operativa.

Il pagamento di eventuali imposte, ivi compresa quella di bollo, dovute per le prestazioni oggetto della presente copertura assicurativa, rimane ad esclusivo carico dell'Assicurato; non sono dovute dalla Società le spese sostenute dall'Assicurato per eventuali oneri amministrativi di qualsivoglia natura (ad esempio le spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

Procedura operativa - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assicurato dovrà preventivamente richiedere l'emissione del VoucherSalute® alla Centrale Operativa (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno).

La Centrale Operativa, se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, rilascia all'Assicurato un VoucherSalute® entro 7 giorni di calendario dalla richiesta completa della documentazione giustificativa necessaria. Qualora vengano richieste integrazioni alla documentazione sanitaria, il termine di 7 giorni viene quindi a decorrere dal giorno di ricezione della documentazione completa.

Il VoucherSalute® contiene evidenza delle eventuali spese che rimangono a carico dall'Assicurato (a titolo esemplificativo franchigie, scoperti).

Il rilascio del VoucherSalute® può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web

- numeri telefonici dedicati: - **800.991.771** da telefono fisso (numero verde); - **+39 0422.17.44.207** da telefono cellulare e per chiamate dall'estero.

L'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- prestazione da effettuare.

L'Assicurato potrà ricercare la struttura sanitaria convenzionata presso cui effettuare la prestazione tramite accesso alla propria area riservata o alla app mobile, nonché attraverso l'interlocuzione telefonica con la Centrale Operativa.

Compatibilmente con le disponibilità territoriali, saranno individuate fino a 3 strutture convenzionate alternative (nel caso di ricovero, anche le équipe mediche) in grado di garantire l'impegno all'effettuazione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

L'Assicurato confermerà una delle strutture convenzionate proposte, ovvero potrà individuarne una diversa; in quest'ultimo caso non è garantita da parte della Centrale Operativa l'esecuzione della prestazione entro 30 giorni dal rilascio del VoucherSalute®.

Con riferimento alle prestazioni che hanno un limite massimo di giorni per poter essere usufruite (come per esempio le prestazioni post ricovero) o nell'ipotesi in cui sia prossima la scadenza della copertura assicurativa, si ricorda all'Assicurato di richiedere per tempo il rilascio del VoucherSalute® perché la sua validità in questi casi è condizionata ai minori giorni che residuano rispettivamente al raggiungimento del limite previsto dalla garanzia o alla cessazione della copertura (ad esempio se le prestazioni post ricovero potessero essere eseguite fino al 30 novembre e il VoucherSalute® fosse rilasciato il giorno 10 Novembre, quest'ultimo avrà validità di 20 giorni ai fini della esecuzione delle prestazioni). Nel caso in cui l'Assicurato non si attivasse per tempo si ricorda che non è garantita l'esecuzione della prestazione in tempi inferiori a 30 giorni e pertanto potrebbe non essere operante la copertura.

L'Assicurato dovrà trasmettere alla Centrale Operativa - tramite portale web o app mobile o a mezzo mail all'indirizzo polizzeindividuali@rbmsalute.it o via fax, al numero 0422.17.44.707 – la seguente documentazione:

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, **contenente il quesito diagnostico/diagnosi e la patologia per la quale è richiesta la prestazione specificata. Non è richiesta la prescrizione per le prestazioni di prevenzione (sanitaria ed odontoiatrica).**

È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, accertamenti diagnostici e visite specialistiche.

Per le prestazioni diverse da quelle su indicate, la prescrizione deve essere predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che effettuerà (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore sia anche erogatore delle prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Per le prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero, la Centrale Operativa potrà ritenere sufficiente la sola lettura della prescrizione, non richiedendo anche la trasmissione della stessa in tale fase.

- **in caso di infortunio:**

⇒ **il referto del Pronto Soccorso**, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile;

⇒ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza 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 Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).**

Il VoucherSalute®, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmesso all'Assicurato a **mezzo e-mail o sms** e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assicurato dovrà

indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail del VoucherSalute®. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione del VoucherSalute® la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della email sarà presente un *link web* breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione del VoucherSalute® sullo schermo del *device*. Il VoucherSalute® potrà contenere una forma visibile del QR code per l'accesso in struttura sanitaria.

Come anticipato, la scadenza del periodo di validità del VoucherSalute® è fissata in 30 giorni dalla data di emissione dello stesso; nel caso in cui il VoucherSalute® fosse scaduto, l'Assicurato dovrà richiederne la ri-emissione immediata entro un massimo di 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza (l'Assicurato non dovrà più attendere il decorso di ulteriori 7 giorni di calendario dalla richiesta) tramite la propria Area Riservata o l'App Mobile, senza necessità di allegare nuovamente la documentazione già trasmessa. Diversamente, trascorsi i predetti 7 giorni dalla scadenza del voucher, l'Assicurato dovrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute®, riallegando integralmente la documentazione necessaria. Il VoucherSalute® sarà rinnovabile a partire dal 20mo (ventesimo) giorno dalla sua emissione per un numero massimo di ulteriori due volte, quindi con una finestra complessiva di validità di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura **(Esempio: il VoucherSalute® è emesso il 01/03/2019; a partire dal 20/03/2019 l'Assicurato che non lo abbia ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che avrà 30 giorni di validità a decorrere dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute® non potrà più essere utilizzato. È consentita una ulteriore ri-emissione del VoucherSalute®, per una validità di ulteriori 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute® è stato emesso il 01/03/2019 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di ri-emissione, non potrà superare la data del 29/05/2019 – totale 90 gg. dal 01/03/2019).**

Qualora la richiesta di ri-emissione avvenga prima che siano trascorsi i 30 giorni di validità (e comunque dal 20mo giorno di emissione del Voucher stesso), gli eventuali giorni di validità non usufruiti andranno perduti.

Il VoucherSalute® non potrà essere annullato dall'Assicurato. Qualora l'Assicurato abbia, per motivi eccezionali, la necessità di farlo dovrà contattare direttamente la Centrale Operativa.

In sede di accesso presso la Struttura Sanitaria convenzionata, l'Assicurato, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire il VoucherSalute® ricevuto dalla Centrale Operativa e consegnare la prescrizione medica ove prevista.

L'Assicurato deve comunicare preventivamente alla Centrale Operativa qualsiasi modifica e/o integrazione alla prestazione autorizzata, per il rilascio, esperiti positivamente i controlli amministrativi e tecnico medici del caso, del nuovo VoucherSalute®.

La deroga alla necessaria preventiva richiesta di autorizzazione alla Centrale Operativa per l'attivazione del regime di assistenza diretta e comunque per l'accesso alle strutture sanitarie convenzionate è prevista per i soli casi di emergenza di cui al successivo § b).

Restano a carico dell'Assicurato eventuali somme non riconosciute dalle presenti CDA (a titolo esemplificativo franchigie e scoperti).

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

b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per ricovero)

Esclusivamente per la garanzia Ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa e limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio del VoucherSalute® entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

Dovrà essere contattata la Centrale Operativa che richiederà all'Assicurato la trasmissione del referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

Resta inteso che la valutazione finale sulla effettiva sussistenza del requisito della gravità rispetto al singolo caso è comunque rimessa all'apprezzamento della Centrale Operativa; a tale valutazione rimane subordinata l'attivazione della procedura d'urgenza.

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente a ricoveri erogati in regime di assistenza diretta all'estero, per i quali l'Assicurato sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

c) La prenotazione

L'Assicurato, ottenuto il VoucherSalute[®], prenoterà personalmente la prestazione contattando direttamente la Struttura Convenzionata.

L'Assicurato ha l'obbligo di non fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute[®]; eventuali disservizi che dovessero derivare da una diversa modalità di contatto con la Struttura Convenzionata produrranno il mancato rilascio del VoucherSalute[®] che comporterà la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di assistenza diretta. La struttura sanitaria utilizzando la piattaforma informatica messa a disposizione da RBM avrà visibilità del VoucherSalute[®] emesso, in modo da poterlo verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.

Dalla stessa piattaforma la Struttura potrà confermare alla Centrale Operativa la data di esecuzione della prestazione.

Nel caso in cui il Voucher fosse scaduto, l'Assicurato dovrà richiederne la ri-emissione tramite la propria Area Riservata o App mobile, entro i termini indicati nel precedente paragrafo.

d) Mancata attivazione della centrale operativa

Qualora l'Assicurato acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione non potrà essere liquidata in regime di assistenza diretta né presentata a rimborso.

e) Dopo l'esecuzione della prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dalle CDA), nonché, in caso di ricovero, le spese non strettamente relative alla degenza (ad esempio telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc.).

Il pagamento diretto delle spese, nei termini previsti dalle CDA, è effettuato previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta in sede di autorizzazione all'Assicurato e/o alla Struttura Sanitaria (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota in caso di ricovero, radiografie, referti radiologici e referti istologici, fotografie).

Procedura operativa - Regime Rimborsuale

a) Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, l'Assicurato, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito www.rbmsalute.it (sezione Polizze Sanitarie Individuali – Modulistica) ed allegare in fotocopia la seguente documentazione giustificativa:

1) documentazione di spesa quietanzata (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o 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. **Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.** Per il rimborso delle spese sostenute per prestazioni sanitarie in regime di S.S.N. si richiede la fattura o ricevuta rilasciata, all'atto del pagamento, dalla ASL o struttura sanitaria accreditata con il S.S.N., con indicazione della prestazione effettuata oppure la ricevuta di pagamento emessa da Punto Giallo con allegato il foglio di prenotazione rilasciato dalla ASL al momento della prenotazione o dell'effettuazione della prestazione. Il provider verificherà che la prestazione (rinvenibile da apposita codifica contenuta nei documenti suddetti) sia una di quelle previste dal Piano Sanitario (sono p.e. escluse le spese sostenute per prestazioni di prevenzione e/o controllo).

- 2) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital (se previsto dal Modulo attivato). Si precisa che non è considerato Ricovero né Day Hospital la permanenza presso il Pronto Soccorso;
- 3) prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere. È richiesta necessariamente la prescrizione del medico di base per le seguenti prestazioni: alta specializzazione, accertamenti diagnostici e visite specialistiche (se previsto dal Modulo attivato);
- 4) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale (se previsto dal Modulo attivato);
- 5) certificato del medico oculista o dell'ottico optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta), intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.
La richiesta di rimborso per le lenti a contatto dovrà essere presentata in un'unica soluzione entro la fine dell'anno (se previsto dal Modulo attivato);
- 6) 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 previsto dal Modulo attivato);
- 7) 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);
- 8) quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

Il modulo ed i relativi allegati devono essere trasmessi al seguente indirizzo:

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
Via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato.

Al fine di poter considerare le prestazioni come effettuate in regime di ticket SSN, con applicazione delle relative condizioni di liquidazione, è necessario che dal documento di spesa si possa evincere inequivocabilmente il regime di erogazione.

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

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato potrà trasmettere on line la propria richiesta di rimborso, unitamente alla relativa documentazione giustificativa medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria Area Riservata dal sito www.rbmsalute.it (Gestisci la tua polizza on line – Polizze Individuali – Area Riservata – sinistri) oppure attraverso la App Mobile.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente paragrafo.

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.

d) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE


Qualora l'Assicurato disponga di un accesso ad Internet potrà usufruire della seguente funzionalità.

App mobile

L'Assicurato può accedere a "Citrus[®]", App mobile resa disponibile dalla Società per accedere alle seguenti funzioni:

- visualizzazione e modifica dei dati anagrafici e di contatto;
- visualizzazione dei recapiti utili per contattare la Centrale Operativa;
- ricerca delle strutture convenzionate con il Network;
- visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
- pre-attivazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta.

L'Assicurato già registrato nell'Area Riservata – Sinistri utilizzerà le medesime credenziali (login e password) per accedere ai servizi tramite APP Mobile. In caso contrario, dovrà registrarsi all'Area Riservata.



Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 1341 del Codice Civile Uni.C.A. dichiara di approvare espressamente le disposizioni dei sottoindicati articoli:

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Art. 9 Modalità d'adesione/Personne assicurabili

Art. 10 Variazione delle persone assicurate – Regolazione del premio

Art. 15 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Art. 16 Altre assicurazioni/coperture

Art. 17 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio

Art. 18 Tacito rinnovo

Art. 20 Forma e modalità delle comunicazioni

Art. 28 Patologie pregresse

Art. 29 Esclusioni

Art. 30 Persone non assicurabili

Art. 31 Oneri in caso di Sinistro

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:

○ **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.

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 "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 "*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).

Esempio:

Regime rimborsuale

Massimale € 350,00
Richiesta di rimborso € 100,00
Scoperto 25%
Indennizzo € 75,00

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).

Esempio:

Regime rimborsuale

Massimale € 500,00

Richiesta di rimborso € 100,00

Scoperto 25%

Indennizzo € 75,00

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

Esempio:

Regime di assistenza diretta

Massimale illimitato

Costo delle Lenti progressive € 400,00

Franchigia € 140,25

Prestazione autorizzata € 400,00 di cui € 259,75 a carico della Società e € 140,25 a carico dell'Assicurato

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.

Esempio:

Regime rimborsuale

Massimale € 150,00

Richiesta di rimborso occhiale € 220,00

Franchigia € 30,00

Indennizzo € 190,00

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 celluloide 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.

Esempio:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 350,00

Costo della prestazione di Agopuntura € 98,00

Massimo € 35,00 a seduta

Prestazione autorizzata € 98,00 di cui € 35,00 a carico della Società e € 63,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 350,00

Richiesta di rimborso per Agopuntura € 98,00

Massimo € 35,00 a seduta

Indennizzo € 35,00

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.

Esempio opzione plus livello di protezione base:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 550,00

Costo della prestazione di Agopuntura € 98,00

Massimo € 35,00 a seduta

Prestazione autorizzata € 98,00 di cui € 35,00 a carico della Società e € 63,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 550,00

Richiesta di rimborso per Agopuntura € 98,00

Massimo € 35,00 a seduta

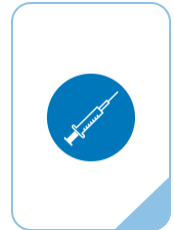
Indennizzo € 35,00

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.

Esempio:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 3.500,00

Costo dell'intervento di Blefaroplastica (2 palpebre) € 5.600,00

Franchigia Fissa € 350,00

Prestazione autorizzata € 5.600,00 di cui € 5.250,00 a carico della Società e € 350,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 3.500,00

Richiesta di rimborso per intervento di Blefaroplastica (2 palpebre) € 5.600,00

Scoperto 25% minimo € 1.000,00

Indennizzo € 3.500,00 (€ 5.600,00 - 25% = € 4.200,00 che è superiore al minimo non indennizzabile, rimanendo a carico dell'Assistito € 2.100,00).

Livello di Protezione TOTALE

INTERVENTI DI CHIRURGIA AMBULATORIALE

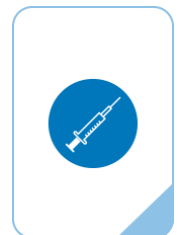
La Società provvede al rimborso delle seguenti spese per gli interventi di piccola chirurgia ambulatoriale aventi finalità estetiche di seguito elencati.

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.

Esempio:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.000,00

Costo dell'intervento di Blefaroplastica (2 palpebre) € 5.600,00

Franchigia Fissa € 350,00

Prestazione autorizzata € 5.600,00 di cui € 5.250,00 a carico della Società e € 350,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 5.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di Blefaroplastica (2 palpebre) € 5.600,00

Scoperto 25% minimo € 1.000,00

Indennizzo € 3.500,00 ($€ 5.600,00 - 25\% = € 4.200,00$ che è superiore al minimo non indennizzabile, rimanendo a carico dell'Assistito € 2.100,00).

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.

Esempio Opzione D:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.000,00

Costo di una visita specialistica € 120,00

Franchigia rimasta a carico dell'Assicurato dopo la liquidazione del Piano Sanitario BASE € 60,00

Indennizzo € 60,00.

ALLEGATO N.1
INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

RBM Assicurazione Salute S.p.A. in conformità all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), in qualità di titolare del trattamento dei dati, La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui diritti che Lei potrà esercitare (ai sensi del Capo III del GDPR).

1 Finalità del trattamento

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, anche sensibili ⁽¹⁾, al fine di fornire i servizi e/o prodotti 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; pertanto il consenso prestato a tale fine risulta obbligatorio.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali

In caso di Suo esplicito consenso, i Suoi dati potranno essere utilizzati al fine 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.

2 Modalità di trattamento e conservazione

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, in maniera da garantire un adeguato livello di sicurezza, 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.

I Suoi dati sono trattati in Italia; eventualmente, ove necessario, potranno essere comunicati, per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della Unione Europea, a soggetti che fanno parte della c.d. catena assicurativa⁽⁴⁾.

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

I dati personali vengono conservati per il tempo strettamente necessario per conseguire le finalità per cui sono stati raccolti e sottoposti a trattamento.

Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 1 a), i dati personali verranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e comunque nel rispetto della vigente normativa.

Con riferimento alle finalità di cui al paragrafo 1 b), i dati personali verranno conservati nel rispetto della vigente normativa o fintantoché l'Interessato non avrà esercitato il proprio diritto di opposizione o revocato il proprio consenso.

Registrazione delle telefonate

La informiamo che le telefonate al Call center potranno essere registrate per motivi di sicurezza e per finalità di miglioramento del servizio di Customer Care.

Pertanto, la prosecuzione delle chiamate a seguito dell'ascolto da parte del chiamante dell'informativa sottintende il rilascio da parte di questi del consenso al trattamento dei dati personali e sensibili che verranno forniti all'operatore.

La registrazione delle telefonate avverrà a mezzo di un sistema automatizzato. Le registrazioni saranno archiviate con accesso riservato e potranno essere ascoltate solo da personale espressamente autorizzato.

Cookies

Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito web della Società. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale, né vengono utilizzati c.d. cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti. L'uso di c.d. cookies di sessione (che non vengono memorizzati in modo persistente sul computer dell'utente e svaniscono con la chiusura del browser) è strettamente limitato alla trasmissione di identificativi di sessione (costituiti da numeri casuali

generati dal server) necessari per consentire l'esplorazione del sito. I c.d. cookies di sessione utilizzati in questo sito non consentono l'acquisizione di dati personali identificativi dell'utente.

3 Comunicazione dei dati personali

I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti con funzioni di natura tecnica organizzativa e operativa che fanno parte della c.d. catena assicurativa⁽⁴⁾, eventualmente, ove necessario per la prestazione dei servizi richiesti, anche in Paesi dell'Unione Europea, o anche fuori della Unione Europea. 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 qualità di autonomi Titolari.

I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

4 Diritti dell'interessato

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A..

Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

- a. accesso ai dati personali;
- b. rettifica dei propri dati personali (provvederemo, su Sua segnalazione, alla correzione di Suoi dati non corretti anche divenuti tali in quanto non aggiornati);
- c. revoca del consenso;
- d. cancellazione dei dati (diritto all'oblio) (ad esempio, in caso di revoca del consenso, se non sussiste altro fondamento giuridico per il trattamento);
- e. limitazione del trattamento;
- f. opposizione al trattamento per motivi legittimi;
- g. portabilità dei dati (su Sua richiesta, i dati saranno trasmessi al soggetto da Lei indicato in formato che renda agevole la loro consultazione ed utilizzo);
- h. proposizione reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy).

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR 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 della Protezione dei Dati (RPD-DPO) inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'Ufficio Privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

5 Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati

RBM Assicurazione Salute S.p.A., con sede in via Forlanini n. 24 - 31022 Loc. Borgo Verde di Preganziol (TV), è il titolare del trattamento al quale Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti come previsto dal Capo III del GDPR scrivendo a privacy@rbmsalute.it / rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

Il Responsabile della protezione dei dati (RDP-DPO) è contattabile all'indirizzo privacy@rbmsalute.it.

Note

- 1) Per dati “sensibili” si intendono 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 relativi alla salute o alla vita sessuale o all’orientamento sessuale della persona, che il GDPR indica all’Art. 9 come “categorie particolari di dati personali”.
- 2) Ad esempio per disposizioni di IVASS, Garante Privacy, adempimenti in materia di accertamenti fiscali.
- 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; 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).

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 € 160.000.000 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).

