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

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

direzionecommerciale@rbmsalute.it - info@rbmsalute.it - rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it - www.rbmsalute.it

Copertura Sanitaria Cassa di Assistenza Previtalia

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese mediche da malattia e da infortunio per l'azienda VENETO BANCA S.p.a.

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

a) **Nota Informativa, comprensiva del Glossario**
b) **Condizioni di Assicurazione**

deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

Edizione 01/01/2017

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 60.000.000,00 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).

AssicurazioneSalute

SOMMARIO

Nota Informativa:

- Glossario

Condizione di Assicurazione comprensive di:

- Glossario
- Condizioni Generali di Assicurazione
- Descrizione delle Prestazioni Assicurate
- Conservazione delle Prestazioni della Polizza Garanzia Sanitaria a favore degli ex dipendenti e dei rispettivi nuclei familiari
- ALLEGATI:

1) Elenco Grandi Interventi Chirurgici
2) Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
3) Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta e regime rimborsuale
4) Odontoiatria
5) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac simile)
6) Informativa relativa alle aree web riservate attivate ai sensi del Provvedimento IVASS n.7 del 16 luglio 2013

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

AssicurazioneSalute

NOTA INFORMATIVA

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS.
Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1 informazioni generali

RBM Assicurazione Salute S.p.A. ha sede legale e direzione generale in Italia, via Forlanini 24 31022 Borgo Verde, Preganziol Treviso, sede secondaria via Victor Hugo, 4, 20123 Milano recapito telefonico 02-91431789 ed è Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 2/11/2007 n. 255).

Recapito telefonico: 0422 062700, sito internet: www.rbmsalute.it, indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

1. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa[1]

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2015

Patrimonio netto:	€ 68.231.497
di cui - capitale sociale:	€ 40.000.000
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 13.990.048
Indice di solvibilità[1]:	204%

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione è valido per il periodo dall'01.01.2017 al 01.01.2018, a partire dalle ore 00.00 del giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio (vedi art. 2 "Decorrenza delle prestazioni" e art. 3 "Scadenza delle prestazioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione).
Il contratto non prevede il tacito rinnovo. La Società rinuncia fin da ora ad avvalersi, per il periodo di validità della presente copertura assicurativa, della facoltà di recedere anticipatamente in caso di sinistro (vedi art. 3 "Scadenza delle prestazioni" delle CGA).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede, in pacchetti differenti a seconda del premio e della categoria, il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per Ospedaliere (Ricoveri, ecc.) ed Extraospedaliere ossia Alta Diagnostica, Altra Diagnostica, Protesi Ortopediche/acustiche, Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici, Agopuntura; Lenti/Occhiali, Cure Dentarie da Malattia, Indennità per malattia oncologica, Medicina Preventiva, Fecondazione Eterologa, Garanzie Estese, Ulteriori Prestazioni (vedi "Descrizione delle prestazioni Assicurate" delle CGA ed Allegato n. 2 – Scheda riassuntiva).

[1] I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato
[1] 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.

In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di un'indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero (vedi punto C di ciascun pacchetto delle CGA ed Allegato n. 2 – Scheda riassuntiva).
Avvertenza: la copertura include le malattie preesistenti alla stipula della polizza (vedi "Descrizione delle prestazioni Assicurate" delle CGA), fatta eccezione per i "Nuovi Familiari" se previsti (vedi "Descrizione delle prestazioni Assicurate delle CGA) e prevede esclusioni (vedi punto F dei singoli pacchetti delle CGA).

Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi di ogni garanzia (vedi "Descrizione delle prestazioni Assicurate" delle CGA ed Allegato n. 2 – Scheda riassuntiva). Ad esempio, il totale degli indennizzi in un anno per la garanzia "Ospedaliere" del pacchetto del personale dirigente non potrà superare € 300.000,00 (€ 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento) per nucleo familiare.

Avvertenza: La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi "Descrizione delle prestazioni Assicurate" delle CGA). Ad esempio con riferimento al pacchetto per il personale non dirigente in servizio assunto prima del 17/11/2010 e ad adesione individuale per il personale non dirigente in servizio assunto dopo il 17/11/2010:

a. Qualora la garanzia Ospedaliere preveda per ricoveri in clinica privata ed equipe non convenzionata a rimborso scoperto 25% minimo € 1.000,00 massimo € 5.000,00:
a fronte di una spesa per Prestazioni Ospedaliere di € 28.000 complessivi, con struttura non convenzionata (costo € 13.000 di cui € 5.000 per materiale protesico applicato durante l'intervento) e con medici non convenzionati (€ 15.000) per "Artroprotesi: anca totale (trattamento completo)" verranno riconosciuti € 21.500 complessivi, in quanto

- spese struttura e spese dell'equipe non convenzionata: verranno riconosciuti con applicazione del 25% minimo € 1.000,00 massimo € 5.000,00 ossia € 18.000;
- spese per materiale protesico e presidi terapeutici applicati durante l'intervento: verrà riconosciuto con applicazione di uno scoperto del 30% sull'ammontare delle spese sostenute a tale titolo, ossia € 3.500.

Avvertenza: sono previsti limiti di età assicurabile (vedi art. 7 "Limiti di età" delle CGA).

4. Periodi di carenza contrattuali
Avvertenza: La polizza può prevedere periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva, differenziati per tipologia di evento – vedi "Descrizione delle prestazioni Assicurate" delle CGA).

5. Dichiarazioni dell'Assistito in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità
La Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 C.C. (vedi "Descrizione delle prestazioni Assicurate" delle CGA).

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione
La Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 C.C. (vedi "Descrizione delle prestazioni Assicurate" delle CGA).

7. Premi
Il premio dovrà essere versato dal Contraente all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società, tramite bonifico bancario.
Il premio, dovrà essere corrisposto con frazionamento trimestrale anticipato.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate
Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

9. Diritto di recesso
Avvertenza: la facoltà di recesso da parte del contraente è preclusa in quanto la presente polizza ed è senza tacita proroga (vedi art. 3 "Scadenza delle prestazioni" delle CGA).

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto (art. 2952 del Codice Civile)
Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e si prescrivono in due anni dal giorno in cui si e' verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto
Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale
Il premi sono sottoposti a tassa del 2,50%.
Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo
Avvertenza: per i ricoveri, la "data evento" è quella in cui avviene il ricovero nel periodo di validità della Polizza, ed a questa fanno riferimento tutte le spese (precedenti, durante, successive) connesse all'evento, rimborsabili nei termini della Polizza; per le prestazioni sanitarie specialistiche extra-ospedaliere, la "data evento" è quella della prima fattura presentata per l'evento alla società di gestione nel periodo di validità della presente Polizza, ed a questa fanno riferimento tutte le spese seguenti connesse all'evento sostenute entro la data della scadenza della presente Polizza (vedi "Glossario").
Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società da quando l'Assistito o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità; la Compagnia può richiedere che l'Assistito sia visitato da un proprio fiduciario (vedi art. 8 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA)
Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza rimborsuale è indicata in apposita Guida (vedi Allegato n. 3 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE").

14. Assistenza diretta - Convenzioni
Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi art. 8 "Oneri in caso di sinistro" delle CGA). Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione.
Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta è indicata in apposita Guida (vedi Allegato n. 3 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE").
Si rinvia al sito *www.rbmsalute.it* per l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

15. Reclami
Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Servizio Clienti – Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Pregarziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it utilizzando il fac-simile disponibile sul sito www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami.
RBM Assicurazione Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.

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

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

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

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

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

16. Arbitrato

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge, in quanto non è prevista alcuna forma di arbitrato. Per i dettagli si rinvia all'art. 12 "Controversie" delle CGA.

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

Consigliere Delegato
RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

AssicurazioneSalute

GLOSSARIO

Assicurazione: le coperture contemplate nella Polizza.

Assistenza infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Assistito: tutte le persone fisiche indicate dal Contraente, ovvero gli Assicurati.

Associato: VENETO BANCA S.p.a., P.zza G. B. Dall'Armi, 1 – 31044 Montebelluna (TV) – P.I. 00208740266, associato al Contraente.

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa/Fondo: Cassa di Assistenza PREVITALIA – C.so Monforte, 7 20122 Milano – C.F. 10836260157 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.

Centro Medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, 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) e dotata di direzione sanitaria.

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, 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: Cassa di Assistenza PREVITALIA – C.so Monforte, 7 20122 Milano – C.F. 10836260157, il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

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

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - la "data evento" è quella in cui avviene il ricovero nel periodo di validità della presente Polizza, ed a questa fanno riferimento tutte le spese (precedenti, durante, successive) connesse all'evento, rimborsabili nei termini della Polizza.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - la "data evento" è quella della prima fattura presentata per l'evento alla società di gestione nel periodo di validità della presente Polizza, ed a questa fanno riferimento tutte le spese seguenti connesse all'evento sostenute entro la data della scadenza della presente Polizza.

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: l'insieme di tutte le prestazioni per le garanzie di day hospital ed extraospedaliere effettuate per la stessa patologia e sostenute entro la data della scadenza della presente Polizza; il singolo ricovero con degenza notturna costituisce invece un evento a sé stante, anche se relativo alla medesima patologia di un altro precedente ricovero dello stesso tipo.

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

Franchigia relativa: la franchigia che non viene applicata al superamento di un parametro predeterminato nel contratto.

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

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

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

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

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

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.
Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con l'Assistenza Sanitaria Sociale e/o private, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, i "Centri Benessere" in genere e le Beauty Farm o Istituti assimilabili.

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 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. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

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.

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

Nucleo attivo: nucleo familiare del personale in servizio.

Nucleo familiare: coniuge e figli fiscalmente a carico e non.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni specialistiche: procedure medico diagnostico terapeutiche, comprese le visite specialistiche, ad eccezione dei trattamenti fisioterapici e rieducativi.

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

Protesi anatomiche: sostituzione artificiale, variamente composta e lavorata, di parte del corpo (arti, occhi, denti, ecc.) per ragioni funzionali, pertinente all'anatomia o alla struttura dell'organismo.

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

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

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

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

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 (infortunio e/o malattia) per il quale è stipulata l'assicurazione.

Società: RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Società di gestione: la società PREVIMEDICAL, gestore del Network e mandataria dell'Assicuratore per la gestione e la liquidazione dei rimborsi.

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

SSN: Servizio Sanitario Nazionale.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.
Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

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

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

AssicurazioneSalute

Polizza Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

MOD. AP CGA RS 0111

AssicurazioneSalute

GLOSSARIO

Assicurazione: le coperture contemplate nella Polizza.

Assistenza Infermieristica: l'assistenza prestata da personale fornito di specifico diploma.

Assistito: tutte le persone fisiche indicate dal Contraente, ovvero gli Assicurati.

Associato: VENETO BANCA S.p.a., P.zza G. B. Dall'Armi, 1 – 31044 Montebelluna (TV) – P.I. 00208740266, associato al Contraente.

Cartella Clinica: documento ufficiale avente la natura di atto pubblico, redatto durante la degenza, diurna o con pernottamento in istituto di cura, contenente le generalità del paziente per esteso, diagnosi di ingresso e diagnosi di dimissione, anamnesi patologica remota e prossima, terapie effettuate, interventi chirurgici eseguiti, esami e diario clinico, la Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.).

Cassa/Fondo: Cassa di Assistenza PREVITALIA – C.so Monforte, 7 20122 Milano – C.F. 10836260157 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.

Centro Medico: struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, 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) e dotata di direzione sanitaria.

Certificato di assicurazione: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi dell'Aderente, 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: Cassa di Assistenza PREVITALIA – C.so Monforte, 7 20122 Milano – C.F. 10836260157, il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

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

Day Hospital: degenza diurna senza pernottamento in Istituto di Cura, per prestazioni chirurgiche e terapie mediche di durata limitata e documentate da cartella clinica completa di scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.). Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere -** la "data evento" è quella in cui avviene il ricovero nel periodo di validità della presente Polizza, ed a questa fanno riferimento tutte le spese (precedenti, durante, successive) connesse all'evento, rimborsabili nei termini della Polizza.

- **Prestazioni Extraospedaliere** - la "data evento" è quella della prima fattura presentata per l'evento alla società di gestione nel periodo di validità della presente Polizza, ed a questa fanno riferimento tutte le spese seguenti connesse all'evento sostenute entro la data della scadenza della presente Polizza.

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: l'insieme di tutte le prestazioni per le garanzie di day hospital ed extraospedaliere effettuate per la stessa patologia e sostenute entro la data della scadenza della presente Polizza; il singolo ricovero con degenza notturna costituisce invece un evento a sé stante, anche se relativo alla medesima patologia di un altro precedente ricovero dello stesso tipo.

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

Franchigia relativa: la franchigia che non viene applicata al superamento di un parametro predeterminato nel contratto.

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

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

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

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

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

Intramoenia: prestazioni sanitarie erogate individualmente o in equipe da professionista medico, dipendente di una struttura sanitaria pubblica, fuori dall'orario di lavoro, in regime ambulatoriale, di day hospital o di ricovero, in favore e per scelta del paziente e con oneri a carico dello stesso per le prestazioni del professionista e/o per quelle della struttura sanitaria.
Le suddette prestazioni libero-professionali intramoenia possono essere svolte sia presso la struttura pubblica di appartenenza del medico (in sede) che presso altre strutture sanitarie pubbliche o private, con le quali la struttura di appartenenza del medico abbia stipulato apposita convenzione (fuori sede).

Istituto di Cura: gli ospedali pubblici, le cliniche e le case di cura convenzionate con l'Assistenza Sanitaria Sociale e/o private, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque gli stabilimenti termali, le case di convalescenza e di soggiorno, i "Centri Benessere" in genere e le Beauty Farm o Istituti assimilabili.

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 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. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

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.

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

Nucleo attivo: nucleo familiare del personale in servizio.

Nucleo familiare: coniuge e figli fiscalmente a carico e non.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Prestazioni specialistiche: procedure medico diagnostico terapeutiche, comprese le visite specialistiche, ad eccezione dei trattamenti fisioterapici e rieducativi.

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

Protesi anatomiche: sostituzione artificiale, variamente composta e lavorata, di parte del corpo (arti, occhi, denti, ecc.) per ragioni funzionali, pertinente all'anatomia o alla struttura dell'organismo.

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

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

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

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

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 (infortunio e/o malattia) per il quale è stipulata l'assicurazione.

Società: RBM Salute S.p.A.

Società di gestione: la società PREVIMEDICAL, gestore del Network e mandataria dell'Assicuratore per la gestione e la liquidazione dei rimborsi.

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

SSN: Servizio Sanitario Nazionale.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CGA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.
Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

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

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

PREMESSA

L'assicurazione è prestata a favore:

a) del personale dipendente iscritto alla Cassa ed in servizio presso gli Enti pure iscritti alla Cassa, nonché dei collaboratori dei medesimi Enti;
b) dei rispettivi nuclei familiari.

e qualora ne sia stata pattuita l'estensione:

c) dei pensionati e rispettivi nuclei familiari.

L'assicurazione si intende valida, per ciascun nucleo, fino alla scadenza annuale della polizza, anche in caso di cessazione del rapporto di lavoro nel corso dell'annualità assicurativa.

Sono inoltre compresi in garanzia i seguenti eventi:

1) gli infortuni conseguenti a stato di malore, incoscienza, vertigini, purché non cagionati dall'abuso di alcool, di psicofarmaci, di sostanze stupefacenti o allucinogene;
2) l'asfissia involontaria provocata da fughe di gas, vapori o esalazioni velenose, l'annegamento, l'assideramento, il congelamento, la folgorazione, l'occlusione accidentale delle vie respiratorie, l'improvviso contatto con corrosivi;
3) gli infortuni conseguenti a fenomeni naturali, compresi i movimenti tellurici, i maremoti, le frane, le valanghe, le slavine;
4) gli avvelenamenti o le tossinfezioni cagionati dall'ingestione di cibi, bevande o altre sostanze avariate o adulterate;
5) le patologie (escluso il carbonchio e la malaria) derivanti da morsi di animali e punture di insetti;
6) i colpi di sole o di calore;
7) gli infortuni derivanti da azioni delittuose, terroristiche, vandaliche, tumulti popolari, le sommosse, le azioni di dirottamento o pirateria, a condizione che la persona assicurata non vi abbia volontariamente preso parte attiva;
8) l'exeresi chirurgica di neoformazioni, esclusivamente quale intervento terapeutico;
9) la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri
10) amniocentesi e villocentesi effettuati:
    a) su donne di età non inferiore a 37 anni, anche in assenza di patologia accertata o presunta;
    b) in presenza di anormalità del feto conosciuta o sospetta.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

ART. 1 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione vale per il mondo intero ed è operante anche a favore degli Assistiti recatisi in Paesi esteri per fruirvi delle prestazioni di polizza.

ART. 2 - DECORRENZA DELLE PRESTAZIONI

L'assicurazione decorre ed ha effetto dalle ore 00.00 del giorno 01/01/2017, a condizione che sia pagato il premio nei termini di cui all'art. 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione (CGA) "Pagamento del premio".

La presente Polizza copre le spese nei termini previsti dai vari pacchetti esclusivamente se riferibili a prestazioni la cui "data evento" (vedi "Glossario") è compresa fra la data di decorrenza e la data di scadenza della Polizza, fermo quanto disposto per le singole categorie nei pacchetti in materia di malattie preesistenti conosciute e non.

Le spese a seguito di infortunio vengono rimborsate anche nel caso in cui l'infortunio stesso sia avvenuto in data antecedente a quella di decorrenza del presente contratto.

Nei casi di maturazione del diritto alle prestazioni in epoca successiva alla predetta data, la decorrenza delle prestazioni medesime è fissata alle ore 00.00 del giorno successivo in cui il dipendente avente diritto ad essere assicurato con la presente Polizza entra a far parte del personale di un'Azienda o Istituto aderente, con pagamento di un premio calcolato come stabilito dal successivo art. 5 "Pagamento del premio".

ART. 3 – SCADENZA DELLE PRESTAZIONI

La presente Polizza avrà scadenza alle ore 00.00 del giorno 01/01/2017 senza tacito rinnovo.
La Società rinuncia fin da ora ad avvalersi, per tutto il periodo di validità della presente copertura assicurativa, della facoltà di recedere anticipatamente in caso di sinistro.

ART. 4 - IDENTIFICAZIONE DEGLI ASSISTITI

I dati anagrafici degli Assistiti e le successive modifiche devono essere trasmessi dall'Ente Aderente alla Società, per il tramite di Europa Benefits Srl.
L'anagrafica provvisoria dovrà pervenire alla Società entro 30 gg alla data di decorrenza, tramite tracciato informatico concordato.

Il versamento del premio alla Società dovrà essere effettuato entro il primo mese successivo alla decorrenza.

L'anagrafica definitiva dovrà pervenire alla Società entro il primo mese successivo alla decorrenza, tramite tracciato informatico concordato..

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO

Fermo rimanendo quanto previsto in relazione all'anagrafiche provvisorie dal precedente art. 4 delle CGA "Identificazione degli assistiti", 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 pattuite per la copertura del Personale dipendente e dei rispettivi nuclei, 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.
Se il Contraente, avendo ricevuto i premi dall'Ente Aderente, non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 00.00 del 46° giorno successivo la decorrenza e riprende vigore dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Per l'inclusione in corso d'anno di ogni anno assicurativo dovuta a nuova assunzione, promozione, matrimonio e nuovo nato, se l'inclusione avviene nel primo semestre dell'anno, la stessa comporta la corresponsione dell'intero premio annuo; se l'inclusione avviene nel secondo semestre dell'anno, la stessa comporta la corresponsione del 60% del premio annuo.
La modifica (acquisto o perdita) delle condizioni reddituali previste per la sussistenza a carico di un familiare assicurato avvenuta nel corso di un anno assicurativo non produce effetti sui premi per il residuo periodo del medesimo anno assicurativo.
In caso di promozione di un dipendente da una categoria ad un'altra in corso d'anno, contraddistinte da pacchetti di copertura con differenti ammontare di premio, ma sempre assicurati con il medesimo Assicuratore, si procede come segue:

a) se la promozione avviene nei primi sei mesi dell'anno, l'ingresso nella nuova copertura prevede il versamento del 100% della differenza fra il nuovo premio ed il premio già versato per l'iscritto ad inizio anno.
b) se l'inclusione avviene nella seconda metà dell'anno la suddetta operazione avviene al 60%.
c) in entrambi i suddetti casi i limiti ed i massimali applicabili al periodo successivo all'inserimento nel nuovo pacchetto sono determinati calcolando la differenza tra quelli previsti in Polizza per

la nuova copertura e quanto già consumato da ciascun Assistito nella copertura precedente.
La comunicazione alla Società delle inclusioni deve avvenire entro un mese dal verificarsi dell'evento: in difetto l'assicurazione entrerà in vigore dal momento della comunicazione.
Non è ammessa l'inclusione in corso d'anno e per tutta la durata contrattuale per i familiari per i quali è previsto il versamento di un premio aggiuntivo salvo variazioni dello stato di famiglia e per i familiari dei neoassunti per i quali vale quanto riportato nel presente articolo.
Alla scadenza dell'annualità assicurativa si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto, in conseguenza delle inclusioni avvenute nel corso dell'anno. Tra le Parti si conviene che le differenze attive, risultanti dalla regolazione, dovranno essere pagate entro 60 giorni dalla data di emissione del documento.

ART. 6 – PRESTAZIONI AGGIUNTIVE (*valide solo se la Polizza prevede diversi pacchetti per la stessa categoria di personale dipendente*)
E' data facoltà individuale a ciascun dipendente in servizio, per sé e il relativo nucleo familiare, di aderire ad un altro dei pacchetti previsti dalla Polizza con contribuzioni e prestazioni maggiori di quelle del pacchetto assegnato dalla propria Azienda per la categoria di appartenenza del dipendente, facendone richiesta in tal senso e provvedendo al versamento della differenza di premio a proprio carico.
L'esercizio di tale facoltà di opzione individuale per aderire ai pacchetti superiori deve essere comunicata a Europa Benefits entro i 45 giorni dalla data di decorrenza per il gruppo iniziale di Assistiti, ed entro 30 giorni dalla data di iscrizione per le inclusioni di Assistiti in epoca successiva al 01 febbraio. La scelta resta in vigore per tutta la durata della presente Polizza.

6.1 CAMBIO DI PACCHETTO
E' possibile adeguare le prestazioni in corso di durata contrattuale, tramite richiesta aziendale di adesione ad un pacchetto superiore a quello in essere, a condizioni da definire con l'Assicuratore.
La nuova copertura avrà decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla data di accettazione da parte della Società della richiesta, ed il contributo da versare sarà il pro-rata mensile della differenza fra il contributo del pacchetto precedente e quello nuovo, mentre i limiti ed i massimali applicabili al periodo successivo all'inserimento nel nuovo pacchetto saranno determinati calcolando la differenza tra quelli previsti in Polizza per la nuova copertura e quanto già consumato da ciascun Assistito nella copertura precedente.

ART. 7 - LIMITI DI ETÀ
Ai fini della fruibilità delle prestazioni, non è previsto alcun limite di età per i dipendenti assicurati in servizio e per il loro nucleo familiare di base. Per i familiari del nucleo di base dove è previsto il pagamento di un premio la fruibilità delle prestazioni permane fino al limite di età di 80 anni.
Per il personale in quiescenza e relativi familiari la fruibilità delle prestazioni permane fino al limite di età di 85 anni. Per le persone di età superiore a 85 anni compiuti, già assicurate ed in continuità di copertura, la copertura stessa potrà proseguire, con un incremento di premio del 50%.

ART. 8 - ONERI IN CASO DI SINISTRO

SEGNALAZIONE PREVENTIVA
Ferma restando la facoltà di scelta della struttura sanitaria da utilizzare da parte dell'Assistito, quest'ultimo è tenuto comunque a segnalare preventivamente almeno due giorni prima alla Società ogni richiesta di ricovero o di Day Hospital in strutture pubbliche (anche per prestazioni "Intramoenia", vedi "Glossario"), in strutture private. La predetta segnalazione preventiva ha il duplice scopo di aiutare l'Assistito per il miglior utilizzo delle opportunità disponibili in assistenza diretta e per evitargli o ridurgli, ovunque possibile, l'applicazione di franchigie e scoperti.
La predetta segnalazione non è richiesta per i soli casi di emergenza.

PROCEDURE DI CONTROLLO

Tutte le richieste di rimborso e di segnalazione preventiva per i familiari del personale in quiescenza, per i quali è prevista la corresponsione del premio aggiuntivo, sia per l'assistenza diretta che indiretta, devono essere accompagnate da copia dello stato di famiglia.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito 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.

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 Condizioni Generali di Assicurazione (CGA)

DENUNCIA DEL SINISTRO

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

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

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

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

PAGAMENTO INDIRETTO – RIMBORSO ALL'ASSISTITO

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

1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
2) certificato medico (compresa la prescrizione medica elettronica) attestante la natura

della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere;

3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio. In caso di cure dentarie da infortunio (se previste dall'opzione) le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
5) certificato del medico oculista o ottico optometrista regolarmente abilitato che certifichi la necessità di nuove lenti rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica visus); andrà inoltre specificato se si tratta di prescrizione per prime lenti.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da un Istituto di cura, da uno studio medico o da medico specialista; sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo. In caso di più ricoveri per la medesima patologia effettuati a breve distanza di tempo, PREVIMEDICAL può richiedere per le degenze successive al primo ricovero una relazione clinica specialistica che le giustifichi. Per le spese sostenute all'estero, l'Assistito dovrà produrre la relativa documentazione corredata da traduzione in lingua italiana: i rimborsi verranno eseguiti in Italia, in valuta Euro, applicando alle spese sostenute in valute diverse dall'Euro il cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi/Banca d'Italia.
Le prestazioni relative a ricoveri in struttura privata senza intervento e senza certificazione medica per casi non giustificati da una situazione clinica di caso acuto verranno rimborsate esclusivamente nell'ambito e nei termini di cui al punto "Specialistiche Extraospedaliere" della Polizza.

Utilizzo della Card Elettronica (RBM Salute-Previmedical)
L'assistito qualora intenda utilizzare anche a rimborso una struttura convenzionata con Previmedical avrà in ogni caso l'obbligo di farsi identificare – mostrando la card elettronica RBM Salute-Previmedical – al fine di ottenere l'applicazione del Tariffario CARD convenzionato con la struttura. Sull'importo della fattura della struttura saranno comunque applicate le tariffe previste dalla copertura.

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

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.
La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere, che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

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

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

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

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

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nell'Allegato n. 3 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE".

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

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

LIVELLI DI SERVIZIO MINIMI GARANTITI E PENALE
RBM Salute ritiene che il servizio sia una delle componenti essenziali per garantire una copertura di qualità e per gestire correttamente i rischi assunti. Per questo motivo la Società ha elaborato una griglia – sotto riportata – che illustra il livello di servizio che sarà garantito contrattualmente al Contraente.

ATTIVITÀ	TEMPI MASSIMI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ	TEMPI MEDI DI SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITÀ
1) AREA DI SERVIZIO RIMBORSI		
MESSA IN PAGAMENTO DEL RIMBORSO	20 GG. DI CALENDARIO	15 GG. DI CALENDARIO
2) AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA		
GARANZIA DI PRESA IN CARICO DELLA RICHIESTA	ENTRO 48 H PREAVVISO	ENTRO 24 H PREAVVISO
MESSAGGIO BENVENUTO CALL CENTER	ENTRO 1 SECONDO	ENTRO 1 SECONDO
TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA	90% IN 70 SECONDI	90% IN 35 SECONDI

TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA MAILING	48 H	24 H
PROBLEM SOLVING I° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 6 H	IMMEDIATO
PROBLEM SOLVING II° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 12 H	ENTRO 4 H
PROBLEM SOLVING III° LIVELLO ASSISTENZA	ENTRO 24 H	ENTRO 8 H
3) AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY		
RICOSTRUZIONE DATI E PROCEDURE (SITO REMOTO)	ENTRO 48 H EVENTO	ENTRO 24 H EVENTO
PIENA RIPRESA FUNZIONALITA'	ENTRO 72 H EVENTO	ENTRO 48 H EVENTO

Al fine di garantire un collegamento diretto tra qualità del servizio messa a disposizione e costo delle coperture, RBM Salute ha ritenuto di proporre l'inserimento di una penale a presidio del livello di servizio di maggior rilievo contenuto nella tabella che precede. Pertanto, con riferimento alla gestione dei rimborsi è stata introdotta una penale in favore dell'Assistito pari a 0,025% del rimborso spettante per le prestazioni ospedaliere e a 0,05% del rimborso spettante per le prestazioni extraospedaliere per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per la liquidazione delle pratiche (20 giorni di calendario). Tale importo sarà liquidato direttamente dalla Società all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assistito.
Si precisa che il predetto meccanismo di applicazione di monitoraggio della qualità del servizio ed eventuale applicazione delle penali potrà trovare applicazione solo alla fine del primo periodo transitorio di start up dei nuovi servizi, identificato nel primo trimestre di operatività della copertura (c.d. "grace period") al fine di poter provvedere ad un'opportuna taratura dei processi gestionali che presiedono all'operatività dei Piani Sanitari.

ART. 9 - PRESENZA DI PIU' COPERTURE ASSICURATIVE
Qualora un Assistito risulti già assicurato per le spese sanitarie anche presso un altro assicuratore, la presente assicurazione opererà in via integrativa, e cioè il rimborso avverrà al 100% a fronte della parte di spesa rimasta eventualmente scoperta dopo la conclusione della pratica del rimborso prioritariamente richiesto all'altro Assicuratore fino alla concorrenza del massimale previsto dalle specifiche garanzie della presente Polizza. In questo caso l'Assistito dovrà presentare la documentazione di spesa in fotocopia unitamente al foglio di liquidazione dell'altro Assicuratore.

ART. 10 - CESSAZIONE DELLE PRESTAZIONI
Le garanzie di polizza cesseranno di essere operanti per ciascun nucleo assicurato a partire dalla scadenza della presente Polizza. Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro del dipendente iscritto in corso del singolo anno assicurativo le garanzie di polizza cesseranno di essere operanti a partire dalla fine dell'anno di copertura in cui è avvenuta la cessazione del rapporto di lavoro.

ART. 11 - RINUNCIA ALL'AZIONE DI RIVALSA
Qualora l'infortunio sia imputabile a responsabilità di terzi, la Società rinuncia ad avvalersi del diritto di surrogazione, previsto dall'art. 1916 del C.C..

ART. 12 – CONTROVERSIE
Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di

Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.
L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo le previsioni dell'art. "Foro competente" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 13 - FORO COMPETENTE
Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata:
- Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Contraente Società.
- Per ogni controversia tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto.

ART. 14 – FORMA DELLE COMUNICAZIONI
Le comunicazioni e gli adempimenti amministrativi della presente Polizza ai quali sono tenute le parti e intervenuti fra le medesime, devono essere effettuate con lettera raccomandata o telefax per il tramite dell'Europa Benefits S.r.l., Corso Monforte 7 - 20122 Milano.

ART. 15 – CLAUSOLA BROKER
Il Contraente dichiara di avere affidato la gestione del presente contratto al Broker EUROPA BENEFITS S.r.l. Corso Monforte,7 – 20122 Milano, iscritta all'Albo Brokers con il numero di matricola 560/S e, di conseguenza, tutti i rapporti inerenti alla presente assicurazione saranno svolti per conto del Contraente dal Broker EUROPA BENEFITS S.r.l. il quale tratterà con l'Impresa Assicuratrice Delegataria.
Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente Polizza, la Società dà atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente al Broker si intenderà fatta alla Società come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società, nel nome e per conto della Contraente, si intenderà fatta dal Contraente, facendo fede per la validità delle comunicazioni la data risultante da un documento ufficiale.

ART. 16 - RIFERIMENTO ALLE NORME DI LEGGE
Per tutto quanto non espressamente disciplinato dal presente contratto si applicano le vigenti norme di legge italiane.

ART. 17 - OBBLIGHI DI CONSEGNA DOCUMENTALE A CARICO DEL CONTRAENTE
Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assistito per il tramite dell'Azienda Associata i seguenti documenti:
a) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali),
b) Condizioni di Assicurazione
Una copia dell'Informativa Privacy sottoscritta dall'Assistito ed acquisita per il tramite dell'Azienda Associata dovrà essere presentata alla Società, qualora questa ne faccia richiesta, dal Contraente che ne otterrà copia da parte dell'Azienda Associata".

ART. 18 - TRASFERIMENTO DI AGENZIA E OPERAZIONI SOCIETARIE STRAORDINARIE
Nei casi di:
- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario,
- modifiche statutarie attinenti il 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 un'informativa di dettaglio.

Il Contraente è tenuto, a sua volta, a comunicare tali informazioni ad ogni Assistito per il tramite dell'azienda associata.

Preganziol, 05 Dicembre 2016

Consigliere Delegato
RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Il Contraente

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

ART. 3 – Scadenza delle prestazioni
ART. 5 – Pagamento del Premio
ART. 8 – Oneri in caso di sinistro
ART. 10 – Cessazione delle prestazioni
ART. 12 – Controversie
ART. 13 – Foro Competente
ART. 14 – Forma delle comunicazioni
ART. 15 – Clausola Broker

Preganziol, 05 Dicembre 2016

Il Contraente

AssicurazioneSalute

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati in Polizza, il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato durante l'operatività del presente Contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio.

PACCHETTO A FAVORE DEL PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO PRIMA DEL 17/11/10 E AD ADESIONE INDIVIDUALE PER IL PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO DOPO IL 17/11/10

PREMIO ANNUO FINITO (Nota *):	**PREMIO ANNUO PER DIPENDENTE E RISPETTIVO NUCLEO, COMPOSTO DA: CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO FISCALMENTE A CARICO E FIGLI, FISCALMENTE A CARICO** Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 C.C.	**€ 720,00**
	PREMIO ANNUO PER CONIUGE O MORE UXORIO FISCALMENTE NON A CARICO: Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 C.C	**€ 150,00**
	PREMIO ANNUO PER FIGLI FISCALMENTE NON A CARICO, PURCHE' CONVIVENTI CON IL DIPENDENTE. L'inserimento deve riguardare tutti i figli risultanti da stato di famiglia. Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892, 1893, 1894 e 1898 C.C	**1 persona € 275,00** **2 persone e oltre € 500,00**

(Nota *) Per PREMIO FINITO si intende il premio comprensivo dell'imposta sui premi assicurativi (conteggiata all'aliquota attuale del 2,5%) in vigore alla decorrenza della copertura assicurativa a cui il premio si riferisce. Eventuali future modifiche dell'aliquota comporteranno una corrispondente modifica del premio finito, fermo il fatto che gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente / Assistito.

DESCRIZIONE DELLE COPERTURE OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E NORME CHE LE REGOLANO

A) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INFORTUNIO O MALATTIA, CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO:

La Società rimborsa all'Assistito, fino alla concorrenza del massimale, le spese per:

1. onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi comprese protesi anatomiche ed apparecchi protesici);
2. visite specialistiche, esami, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;
3. accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, sostenute durante il periodo del ricovero;
4. esami, prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, cure termali (escluse le spese alberghiere), medicazioni, sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;
5. rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente): rimborso al 100%
6. trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero e nei 120 giorni successivi al termine del ricovero stesso o alla data dell'intervento ambulatoriale sempreché conseguenti all'evento considerato.

Sono inoltre compresi:

- Parto Cesareo e aborto terapeutico fino ad un massimo complessivo di € 6.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare.
- Parto fisiologico fino ad un massimo complessivo di € 4.000,00 per anno ciascun assicurativo e per nucleo familiare con scoperto del 10%
- Day Hospital (escluso il controllo)
- Interventi ambulatoriali con l'applicazione di una franchigia € 150,00 per evento, sia in forma diretta che in forma rimborsuale.
- Qualsiasi altro tipo d'intervento (laser, crioterapia, ecc.)
- Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri - limite di € 1.500,00 per occhio con scoperto 20% per evento

FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese di cui alla garanzia "A", verrà effettuato come segue:

- nessuna franchigia verrà applicata nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate in assistenza diretta o in caso di Grande intervento (vedi Allegato n. 1 – Grandi Interventi Chirurgici) o in caso di ricoveri;
- nessuna franchigia verrà applicata in caso di ricovero a pagamento in ospedale pubblico/AOP (reparto solventi);
- nei casi in cui le prestazioni per ricoveri (con o senza intervento) fossero effettuate in forma rimborsuale, si applica uno scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 e massimo di € 5.000,00 per evento.

Al fine di evitare l'applicazione delle suddette franchigie l'Assistito deve preventivamente richiedere alla Società, per ottenere le prestazioni da lui richieste, di utilizzare istituti di cura e medici convenzionati oppure ottenere direttamente le suddette prestazioni nell'ambito delle convenzioni del SSN con istituti e medici.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.

Ferma restando la facoltà di scelta della struttura sanitaria da utilizzare da parte dell'Assistito, quest'ultimo è tenuto comunque a segnalare preventivamente almeno due giorni prima alla centrale

operativa, ogni richiesta di ricovero in strutture pubbliche (anche per prestazioni "Intramoenia"), in strutture private, o di Day hospital. La predetta segnalazione preventiva ha il duplice scopo di aiutare l'Assistito per il miglior utilizzo delle opportunità disponibili nel Network e per evitargli o ridurgli, ovunque possibile, l'applicazione di franchigie e scoperti.
La predetta segnalazione non è richiesta per i soli casi di emergenza.

A1) **SPESE IN GRAVIDANZA** (anche senza patologia): spese per onorari medici, esami, ed accertamenti diagnostici (ivi compresa l'amniocentesi), sub massimale di € 1.600,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato con scoperto del 10% con limite massimo di rimborso di € 200,00 per singola fattura

B) **PRESTAZIONI INTEGRATIVE DELLA GARANZIA "A"**
La Società rimborsa all'Assistito in caso di ricovero rientrante fra quelli elencati al precedente punto "A":

- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assistito a e da istituto di cura o ospedale e da un istituto di cura o ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero, con un massimo di € 3.000,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera in Italia e all'estero ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito con il limite giornaliero di € 70,00 e con un massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato;

C) **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - Trasformabilità della prestazione**
Qualora le spese inerenti l'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni previste al precedente punto A si intendono sostituite dalla corresponsione di una indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 100,00 giornaliere, fino ad un massimo di 250 giorni per persona e per ciascun anno assicurativo, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.
In caso di Day Hospital l'indennità giornaliera sarà di € 60,00.

MASSIMALE ANNUO PER L'INSIEME DELLE GARANZIE "A", "B", "C"
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 300.000,00 (€ 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento) da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

D) **SPECIALISTICHE EXTRAOSPEDALIERE**
La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie specialistiche extra-ospedaliere fino a concorrenza della somma di € 12.500,00, da intendersi quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato:

ALTA DIAGNOSTICA

- Cure delle malattie neoplasiche (cobaltoterapia, chemioterapia, terapie irradianti, ecc.)
- Dialisi
- Cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate ambulatorialmente
- Applicazioni di apparecchio gessato
- angiografia (anche digitale)
- arteriografia (anche digitale)
- biopsie
- broncoscopia
- cistografia

- colonscopia
- coronarografia
- Doppler
- Duodenoscopia
- Ecografia
- Ecodoppler
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- M.O.C.
- Mammografia
- diagnostica radiologica
- rettoscopia
- RMN
- Scintigrafia
- Tac
- Telecuore
- Uroflussometria
- urografia
- amniocentesi, prelievo villi coriali
- laserterapia

Il rimborso delle spese di cui alla presente sezione "Alta Diagnostica", verrà effettuato come segue:
in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento

ALTRA DIAGNOSTICA

- Onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche, nonché i trattamenti fisioterapici);
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), verranno rimborsati come segue:

in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento.

- Visite pediatriche prescritte da medico pediatra ed effettuate fino a 10 anni di età entro un sub massimale di € 1.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Il rimborso delle spese per Visite specialistiche comprese le visite pediatriche, verrà effettuato con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 20,00 per evento entro i sub-massimali previsti.

PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto e la riparazione di protesi ortopediche ed apparecchi acustici (sono esclusi i plantari e/o tutori in genere, e quanto a questi di simile e/o equivalente) senza applicazione di nessuno scoperto, né franchigia.

I ticket sulle prestazioni di cui alla presente garanzia D) SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE vengono rimborsati al 100%, all'interno del masimale di € 12.500,00 e dei sub massimali previsti.

E) PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

La Società rimborsa all'Assistito anche le spese necessarie per:

a) *Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici*
La garanzia comprende le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi, idroterapici e termali (escluse le spese di natura alberghiera) per il trattamento di malattie o di conseguenze di infortunio, ancorché non vi sia stata degenza in istituto di cura. Sono comprese, inoltre, le spese per trattamenti psicoterapici eseguiti da medici specialisti (no psicologo o psicoanalista). Per i soli dipendenti sono comprese le spese per i trattamenti psicoterapici eseguiti anche da psicologo/psicoanalistà (laureato in psicologia ed iscritto all'Albo dei professionisti).
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 2.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
Il rimborso si prevede come segue:
in assistenza diretta: scoperto del 15% con limite di € 250,00 per sinistro;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% e con un limite per sinistro di € 200,00 per sinistro.
Per sinistro si intende il ciclo di cura.

b) *Agopuntura*
La garanzia comprende le spese per trattamenti di agopuntura, effettuata da medico specialista, resi necessari a seguito di malattia o infortunio.
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 1.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, con scoperto del 25% per evento.

c) *Lenti ed occhiali resisi necessari a seguito della modifica del visus*
La garanzia comprende il rimborso delle spese per l'acquisto di mezzi correttivi oculistici, anche a contatto, esclusa la montatura, fino alla concorrenza complessiva di € 800,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.
Il rimborso si prevede come segue:
in assistenza diretta: scoperto del 20% con limite di € 20,00;
in forma rimborsuale: scoperto del 25% con il minimo di € 50,00 per evento.
Si precisa che la richiesta di rimborso dovrà essere accompagnata da prescrizione del medico oculista o ottico optometrista regolarmente abilitato che certifichi la necessità di nuove lenti rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica visus); andrà inoltre specificato se si trattasse di prescrizione per prime lenti.

d) *Anticipo*
Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assistito domandare anticipatamente – entro il limite del 80% del massimale – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

e) *Cure dentarie da malattia*
La Società rimborsa le spese effettuate per visite e cure odontoiatriche ed ortodontiche, protesi dentarie ed apparecchi ortodontici, fino alla concorrenza del massimale di € **1.250.000,00** intendendosi quale disponibilità totale per ciascun anno assicurativo per tutti i nuclei familiari assicurati, con un limite di € 2.500,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
Il rimborso delle spese sostenute verrà effettuato previa applicazione di uno scoperto per sinistro:
• nel network: nessuno scoperto/franchigia
• in forma rimborsuale: del 20%
Entro 60 giorni dalla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, la Società si impegna a rimborsare le spese presentate da ciascun Assistito, qualora:
i) il totale delle spese rimborsabili agli aventi diritto, al netto degli eventuali scoperti/franchigie applicabili
superi
ii) **l'importo complessivo annuo di € 1.250.000,00**;
il rimborso per ciascun Assistito verrà effettuato previa applicazione per ogni singola richiesta di uno scoperto pari alla percentuale derivante dal rapporto tra l'importo di cui al punto ii) e l'importo di cui al punto i).
Viene garantita una visita con ablazione ed eventuale RX endorale gratuita per ogni componente del nucleo del personale dipendente, da effettuarsi solo ed esclusivamente in network.

f) *Indennità per malattia oncologica*
Qualora l'Assistito venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica, la Società si obbliga a corrispondere allo stesso una somma pari a € 4.000,00.
Per malattia oncologica si intende una neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.
La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi – comprovata da certificazione medica e cartella clinica – sia successiva alla data di effetto del contratto o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.
Il pagamento di tale indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata previsto dalla polizza, compresi casi di rinnovo o ripresa di polizze esistenti.
La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assistito alla data della richiesta di indennizzo.

g) *Garanzia Medicina Preventiva. Garanzia valida esclusivament per il personale in servizio (esclusi i familiari).*

La presente garanzia si intende valida esclusivamente nel caso in cui le prestazioni vengono effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale con pagamento del Ticket oppure presso i centri convenzionati con il Network.

- **Per gli Assistiti di sesso maschile:**
  spese sostenute per visite cardiologiche con ECG (anche con sforzo massimale se ritenuto necessario), ecografie all'addome, per visite ed accertamenti prostatici ed urologici, esami citologici delle urine, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico.
- **Per gli Assistiti di sesso femminile:**
  spese sostenute per l'effettuazione del pap test, visite ginecologiche, mammografie ed ecografie mammarie in rapporto all'età e per visite cardiologiche con ECG (anche con sforzo massimale se ritenuto necessario.
- **Per tutti gli Assistiti:**
  elettroforesi, esame completo urine, esame del sangue completo, feci – ricerca sangue occulto (ripetuto 3 volte) epiluminescenza (controllo nevi), visite oculistiche.

  Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 700 per ciascun anno assicurativo.

F) PRESTAZIONI ESCLUSE

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri nonché l'exeresi chirurgica di neoformazioni non rientranti nelle voci definite nelle garanzie "comprese";
- le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi ove necessita la laurea in fisioterapia;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico salvo quanto previsto al punto E "Prestazioni Aggiuntive" lettera a);
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita salvo quanto eventualmente espressamente derogato;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo salvo quanto previsto al punto E-Prestazioni Aggiuntive lettera g);
- le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assistito che non

consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- infortuni non documentati da certificato di pronto soccorso.

G) **SERVIZIO MILITARE**
L'assicurazione non è operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo in servizio temporaneo, in quanto durante i suddetti servizi subentra il SSN ai sensi di legge.

H) **PRESTAZIONI EROGATE DAL SSN IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA**
Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal SSN in ambito di strutture Intramoenia (vedi "Glossario") in forma rimborsuale, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente Polizza per le prestazioni private.

I) **FECONDAZIONE ETEROLOGA** *(garanzia valida se indicato il relativo massimale)*
La presente garanzia prevede la copertura assicurativa sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa entro il massimale annuo/nucleo dedicato di € 500,00. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

L) **ULTERIORI PRESTAZIONI**

Vaccinazione Antinfluenzale

Descrizione

La presente garanzia prevede l'erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale da effettuarsi presso i Centri Autorizzati Previmedical (www.vacciniamo.it). La fruizione della vaccinazione antinfluenzale, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). Trattandosi di un trattamento di natura preventiva **non sarà richiesta in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Visite di controllo

Descrizione

RBM Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, **1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana,** presso i Centri Autorizzati del Network Previmedical (www.weekendinsalute.it) una visita specialistica in qualsiasi specializzazione in modo completamente gratuito, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). La prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Controllo Pediatrico

Descrizione

La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa **tra i 6 mesi e i 6 anni**, da effettuarsi presso struttura convenzionata aderente al Network, alle seguenti condizioni:

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

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

Per ciascuna prestazione è prevista una **franchigia** a carico dell'Assistito di importo pari ad **€ 36,15**.

Assistenza post parto

Descrizione

La presente garanzia prevede una serie di coperture finalizzate al pieno recupero dell'Assistita a seguito del parto.

a) Supporto psicologico post parto

Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

b) Controllo Arti Inferiori

Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

c) Week-end benessere

Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'eduzione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate con il Network Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale

Descrizione

La presente proposta prevede l'inclusione nella garanzia Alta Diagnostica dei test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g Harmony test, Prenatl Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.

Tali test sono riconosciuti esclusivamente in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti)
Descrizione, Massimale e Regimi di erogazione
In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **€ 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

PACCHETTO € 700,00 AD ADESIONE INDIVIDUALE A FAVORE DEL PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO DOPO IL 17/11/10

PREMIO ANNUO FINITO (Nota *):	**PREMIO ANNUO PER DIPENDENTE E RISPETTIVO NUCLEO, COMPOSTO DA: CONIUGE O CONVIVENTE MORE UXORIO FISCALMENTE A CARICO E FIGLI, FISCALMENTE A CARICO** Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892,1893,1894 e 1898 C.C.	**€ 700,00**
	PREMIO ANNUO PER CONIUGE O MORE UXORIO FISCALMENTE NON A CARICO: Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892,1893,1894 e 1898 C.C.	**€ 150,00**
	PREMIO ANNUO PER FIGLI FISCALMENTE NON A CARICO, PURCHE' CONVIVENTI CON IL DIPENDENTE. L'inserimento deve riguardare tutti i figli risultanti da stato di famiglia. Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892,1893,1894 e 1898 C.C.	**1 persona € 275,00** **2 persone e oltre € 500,00**

(Nota *) Per PREMIO FINITO si intende il premio comprensivo dell'imposta sui premi assicurativi (conteggiata all'aliquota attuale del 2,5%) in vigore alla decorrenza della copertura assicurativa a cui il premio si riferisce. Eventuali future modifiche dell'aliquota comporteranno una corrispondente modifica del premio finito, fermo il fatto che gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente / Assistito.

DESCRIZIONE DELLE COPERTURE OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E NORME CHE LE REGOLANO

A) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INFORTUNIO O MALATTIA, CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO:
La Società rimborsa all'Assistito, fino alla concorrenza del massimale, le spese per:

1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale di intervento (ivi comprese protesi anatomiche ed apparecchi protesici);

2) visite specialistiche, esami, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;

3) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, sostenute durante il periodo del ricovero;

4) esami, prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, cure termali (escluse le spese alberghiere), medicazioni, sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;

5) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente): rimborso al 100%;

6) trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero e nei 120 giorni successivi al termine del ricovero stesso o alla data dell'intervento ambulatoriale sempreché conseguenti all'evento considerato.

Sono inoltre compresi:

- Parto Cesareo e aborto terapeutico fino ad un massimo complessivo di € 6.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare.
- Parto fisiologico fino ad un massimo complessivo di € 4.000,00 per anno ciascun assicurativo e per nucleo familiare con scoperto del 10%
- Day Hospital (escluso il controllo)
- Interventi ambulatoriali con una franchigia di € 150,00 per evento sia in forma diretta che in forma rimborsuale.
- Qualsiasi altro tipo d'intervento (laser, crioterapia, ecc.)
- Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri - limite di € 1.500,00 per occhio con scoperto 20% per evento.

FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese di cui alla garanzia "A", verrà effettuato come segue:

- nessuna franchigia verrà applicata nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate in assistenza diretta o in caso di Grande intervento (vedi Allegato n. 1 – Grandi Interventi Chirurgici) o in caso di ricoveri ;
- nessuna franchigia verrà applicata in caso di ricovero a pagamento in ospedale pubblico/AOP (reparto solventi);
- nei casi in cui le prestazioni per ricoveri (con o senza intervento) fossero effettuate in forma rimborsuale, si applica uno scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 e massimo di € 5.000,00 per evento.

Al fine di evitare l'applicazione delle suddette franchigie l'Assistito deve preventivamente richiedere alla Società, per ottenere le prestazioni da lui richieste, di utilizzare istituti di cura e medici convenzionati oppure ottenere direttamente le suddette prestazioni nell'ambito delle convenzioni del SSN con istituti e medici.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.

Ferma restando la facoltà di scelta della struttura sanitaria da utilizzare da parte dell'Assistito, quest'ultimo è tenuto comunque a segnalare preventivamente almeno due giorni prima alla centrale operativa, ogni richiesta di ricovero in strutture pubbliche (anche per prestazioni "Intramoenia"), in

strutture private, o di Day hospital. La predetta segnalazione preventiva ha il duplice scopo di aiutare l'Assistito per il miglior utilizzo delle opportunità disponibili nel Network e per evitargli o ridurgli, ovunque possibile, l'applicazione di franchigie e scoperti.
La predetta segnalazione non è richiesta per i soli casi di emergenza.

A1) **SPESE IN GRAVIDANZA** (anche senza patologia): spese per onorari medici, esami, ed accertamenti diagnostici (ivi compresa l'amniocentesi), sub massimale di € 1.600,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato con scoperto del 10% con limite massimo di rimborso di € 200,00 per singola fattura.

B) **PRESTAZIONI INTEGRATIVE DELLA GARANZIA "A"**
La Società rimborsa all'Assistito in caso di ricovero rientrante fra quelli elencati al precedente punto "A":

- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assistito a e da istituto di cura o ospedale e da un istituto di cura o ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero, con un massimo di € 3.000,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera in Italia e all'estero ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito con il limite giornaliero di € 70,00 e con un massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.

C) **SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - Trasformabilità della prestazione**
Qualora le spese inerenti l'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni previste al precedente punto A si intendono sostituite dalla corresponsione di una indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 100,00 giornaliere, fino ad un massimo di 250 giorni per persona e per ciascun anno assicurativo, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.
In caso di Day Hospital l'indennità giornaliera sarà di € 60,00.

MASSIMALE ANNUO PER L'INSIEME DELLE GARANZIE "A", "B", "C"
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 300.000,00 (€ 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento) da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

D) **SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE**
La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie specialistiche extra-ospedaliere fino a concorrenza della somma di € 12.500,00, da intendersi quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato:

ALTA DIAGNOSTICA

- Cure delle malattie neoplasiche (cobaltoterapia, chemioterapia, terapie irradianti, ecc.)
- Dialisi
- Cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate ambulatorialmente
- Applicazioni di apparecchio gessato
- angiografia (anche digitale)
- arteriografia (anche digitale)
- biopsie
- broncoscopia
- cistografia
- coloriscopia

- coronarografia
- Doppler
- Duodenoscopia
- Ecografia
- Ecodoppler
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- M.O.C.
- Mammografia
- diagnostica radiologica
- rettoscopia
- RMN
- Scintigrafia
- Tac
- Telecuore
- Uroflussometria
- urografia
- amniocentesi, prelievo villi coriali
- laserterapia

Il rimborso delle spese di cui alla presente sezione "Alta Diagnostica", verrà effettuato come segue:
in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento

ALTRA DIAGNOSTICA

- Onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche, nonché i trattamenti fisioterapici);
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), verranno rimborsati come segue:

in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento.

- Visite pediatriche prescritte da medico pediatra ed effettuate fino a 10 anni di età entro un sub massimale di € 1.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Il rimborso delle spese per Visite specialistiche comprese le visite pediatriche, verrà effettuato con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 20,00 per evento entro i sub-massimali previsti.

PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto e la riparazione di protesi ortopediche ed apparecchi acustici (sono esclusi i plantari e/o tutori in genere, e quanto a questi di simile e/o equivalente) senza applicazione di nessuno scoperto, né franchigia.
I ticket sulle prestazioni di cui alla presente garanzia D) SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE vengono rimborsati al 100%, all'interno del masimale di € 12.500,00 e dei sub massimali previsti.

E) PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

La Società rimborsa all'Assistito anche le spese necessarie per:

a) *Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici*

La garanzia comprende le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi, idroterapici e termali (escluse le spese di natura alberghiera) per il trattamento di malattie o di conseguenze di infortunio, ancorché non vi sia stata degenza in istituto di cura. Sono comprese, inoltre, le spese per trattamenti psicoterapici, sempreché eseguiti da medici specialisti (no psicologo o psicoanalista). Per i soli dipendenti sono comprese le spese per i trattamenti psicoterapici eseguiti anche da psicologo/psicoanalista (laureato in psicologia ed iscritto all'Albo dei professionisti).
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 2.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
Il rimborso si prevede come segue:
in assistenza diretta: scoperto del 15% con limite di € 250,00 per sinistro;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% e con un limite per sinistro di € 200,00 per sinistro.
Per sinistro si intende il ciclo di cura.

b) *Agopuntura*

La garanzia comprende le spese per trattamenti di agopuntura, effettuata da medico specialista, resi necessari a seguito di malattia o infortunio.
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 1.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, con scoperto del 25% per evento.

c) *Lenti ed occhiali resisi necessari a seguito della modifica del visus*

La garanzia comprende il rimborso delle spese per l'acquisto di mezzi correttivi oculistici, anche a contatto, esclusa la montatura, fino alla concorrenza complessiva di € 800,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.
Il rimborso si prevede come segue:
in assistenza diretta: scoperto del 20% con limite di € 20,00;
in forma rimborsuale: scoperto del 25% con il minimo di € 50,00 per evento.
Si precisa che la richiesta di rimborso dovrà essere accompagnata da prescrizione del medico oculista o ottico optometrista regolarmente abilitato che certifichi la necessità di nuove lenti rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica visus); andrà inoltre specificato se si trattasse di prescrizione per prime lenti.

d) *Anticipo*
Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assistito domandare anticipatamente – entro il limite del 80% del massimale – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

e) *Cure dentarie da malattia*
La Società rimborsa le spese effettuate per visite e cure odontoiatriche ed ortodontiche, protesi dentarie ed apparecchi ortodontici, fino alla concorrenza del massimale di € **1.250.000,00** intendendosi quale disponibilità totale per ciascun anno assicurativo per tutti i nuclei familiari assicurati, con un limite di € 2.500,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
Il rimborso delle spese sostenute verrà effettuato previa applicazione di uno scoperto per sinistro:
• nel network: nessuno scoperto/franchigia
• in forma rimborsuale: del 20%
Entro 60 giorni dalla scadenza di ciascuna annualità assicurativa, la Società si impegna a rimborsare le spese presentate da ciascun Assistito, qualora:
i) il totale delle spese rimborsabili agli aventi diritto, al netto degli eventuali scoperti/franchigie applicabili
superi
ii) **l'importo complessivo annuo di € 1.250.000,00**;
il rimborso per ciascun Assistito verrà effettuato previa applicazione per ogni singola richiesta di uno scoperto pari alla percentuale derivante dal rapporto tra l'importo di cui al punto ii) e l'importo di cui al punto i).
Viene garantita una visita con ablazione ed eventuale RX endorale gratuita per ogni componente del nucleo del personale dipendente, da effettuarsi solo ed esclusivamente in network.

f) *Indennità per malattia oncologica*
Qualora l'Assistito venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica, la Società si obbliga a corrispondere allo stesso una somma pari a € 4.000,00.
Per malattia oncologica si intende una neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.
La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi – comprovata da certificazione medica e cartella clinica – sia successiva alla data di effetto del contratto o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.
Il pagamento di tale indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata previsto dalla polizza, compresi casi di rinnovo o ripresa di polizze esistenti.
La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assistito alla data della richiesta di indennizzo.

F) PRESTAZIONI ESCLUSE

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri nonché l'exeresi chirurgica di neoformazioni non rientranti nelle voci definite nelle garanzie "comprese";
- le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi ove necessita la laurea in

fisioterapia;

- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico salvo quanto previsto al punto E-Prestazioni Aggiuntive lettera a);
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita salvo quanto eventualmente espressamente derogato;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo;
- le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- infortuni non documentati da certificato di pronto soccorso.

G) SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione non è operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo in servizio temporaneo, in quanto durante i suddetti servizi subentra il SSN ai sensi di legge.

H) PRESTAZIONI EROGATE DAL SSN IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal SSN in ambito di strutture Intramoenia (vedi "Glossario") in forma rimborsuale, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente Polizza per le prestazioni private.

I) FECONDAZIONE ETEROLOGA

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa entro il massimale annuo/nucleo dedicato di € 500,00. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

L) ULTERIORI PRESTAZIONI

Vaccinazione Antinfluenzale

Descrizione

La presente garanzia prevede l'erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale da effettuarsi presso i Centri Autorizzati Previmedical (www.vacciniamo.it). La fruizione della vaccinazione antinfluenzale, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). Trattandosi di un trattamento di natura preventiva **non sarà richiesta in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Visite di controllo

Descrizione

RBM Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, **1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana,** presso i Centri Autorizzati del Network Previmedical (www.weekendinsalute.it) una visita specialistica in qualsiasi specializzazione in modo completamente gratuito, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). La prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Controllo Pediatrico

Descrizione

La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa **tra i 6 mesi e i 6 anni**, da effettuarsi presso struttura convenzionata aderente al Network, alle seguenti condizioni:

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

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

Per ciascuna prestazione è prevista una **franchigia** a carico dell'Assistito di importo pari ad **€ 36,15**.

Assistenza post parto

Descrizione

La presente garanzia prevede una serie di coperture finalizzate al pieno recupero dell'Assistita a seguito del parto.

a) Supporto psicologico post parto

Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

b) Controllo Arti Inferiori

Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

c) Week-end benessere

Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'eduzione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

Massimale
Illimitato
Regimi di erogazione
Regime Diretto
La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate con il Network Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale
Descrizione
La presente proposta prevede l'inclusione nella garanzia Alta Diagnostica dei test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g Harmony test, Prenatl Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.
Tali test sono riconosciuti esclusivamente in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti)
Descrizione, Massimale e Regimi di erogazione
In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **€ 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

PACCHETTO € 420,00 A FAVORE DEL PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO DOPO IL 17/11/10

PREMIO ANNUO FINITO (Nota *):	**PREMIO ANNUO PER SINGOLO DIPENDENTE** Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892,1893,1894 e 1898 C.C	**€ 420,00**

(Nota *) Per PREMIO FINITO si intende il premio comprensivo dell'imposta sui premi assicurativi (conteggiata all'aliquota attuale del 2,5%) in vigore alla decorrenza della copertura assicurativa a cui il premio si riferisce. Eventuali future modifiche dell'aliquota comporteranno una corrispondente modifica del premio finito, fermo il fatto che gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente / Assistito.

DESCRIZIONE DELLE COPERTURE OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E NORME CHE LE REGOLANO

A) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INFORTUNIO O MALATTIA, CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO:
La Società rimborsa all'Assistito, fino alla concorrenza del massimale, le spese per:

1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto

partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiali (ivi comprese protesi anatomiche ed apparecchi protesici);

2) visite specialistiche, esami, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;

3) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, sostenute durante il periodo del ricovero;

4) esami, prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, cure termali (escluse le spese alberghiere), medicazioni, sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;

5) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente): rimborso al 100%

6) trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero e nei 120 giorni successivi al termine del ricovero stesso o alla data dell'intervento ambulatoriale sempreché conseguenti all'evento considerato.

Sono inoltre compresi:

- Parto Cesareo e aborto terapeutico fino ad un massimo complessivo di € 6.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare.
- Parto fisiologico fino ad un massimo complessivo di € 4.000,00 per anno ciascun assicurativo e per nucleo familiare con scoperto del 10%
- Day Hospital (escluso il controllo)
- Interventi ambulatoriali con l'applicazione di una franchigia € 150,00 per evento sia in forma diretta che in forma rimborsuale.
- Qualsiasi altro tipo d'intervento (laser, crioterapia, ecc.)
- Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri - limite di € 1.500,00 per occhio con scoperto 20% per evento.

FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese di cui alla garanzia "A", verrà effettuato come segue:

- nessuna franchigia verrà applicata nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate in assistenza diretta o in caso di Grande intervento (vedi Allegato n. 1 – Grandi Interventi Chirurgici) o in caso di ricoveri ;
- nessuna franchigia verrà applicata in caso di ricovero a pagamento in ospedale pubblico/AOP (reparto solventi);
- nei casi in cui le prestazioni per ricoveri (con o senza intervento) fossero effettuate in forma rimborsuale, si applica uno scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 e massimo di € 5.000,00 per evento.

Al fine di evitare l'applicazione delle suddette franchigie l'Assistito deve preventivamente richiedere alla Società, per ottenere le prestazioni da lui richieste, di utilizzare istituti di cura e medici convenzionati oppure ottenere direttamente le suddette prestazioni nell'ambito delle convenzioni del SSN con istituti e medici.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.

Ferma restando la facoltà di scelta della struttura sanitaria da utilizzare da parte dell'Assistito, quest'ultimo è tenuto comunque a segnalare preventivamente almeno due giorni prima alla centrale operativa, ogni richiesta di ricovero in strutture pubbliche (anche per prestazioni "Intramoenia"), in strutture private, o di Day hospital. La predetta segnalazione preventiva ha il duplice scopo di aiutare l'Assistito per il miglior utilizzo delle opportunità disponibili nel Network e

per evitargli o ridurgli, ovunque possibile, l'applicazione di franchigie e scoperti.
La predetta segnalazione non è richiesta per i soli casi di emergenza.

A1) SPESE IN GRAVIDANZA (anche senza patologia): spese per onorari medici, esami, ed accertamenti diagnostici (ivi compresa l'amniocentesi), sub massimale di € 1.600,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato con scoperto del 10% con limite massimo di rimborso di € 200,00 per singola fattura.

B) PRESTAZIONI INTEGRATIVE DELLA GARANZIA "A"

La Società rimborsa all'Assistito in caso di ricovero rientrante fra quelli elencati al precedente punto "A":

- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assistito a e da istituto di cura o ospedale e da un istituto di cura o ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero, con un massimo di € 3.000,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera in Italia e all'estero ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito con il limite giornaliero di € 70,00 e con un massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato;

C) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - Trasformabilità della prestazione

Qualora le spese inerenti l'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni previste al precedente punto A si intendono sostituite dalla corresponsione di una indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 100,00 giornaliere, fino ad un massimo di 250 giorni per persona e per ciascun anno assicurativo, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.
In caso di Day Hospital l'indennità giornaliera sarà di € 60,00.

MASSIMALE ANNUO PER L'INSIEME DELLE GARANZIE "A", "B", "C"

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 300.000,00 (€ 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento) da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

D) SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE

La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie specialistiche extra-ospedaliere fino a concorrenza della somma di € 12.500,00, da intendersi quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato:

ALTA DIAGNOSTICA

- Cure delle malattie neoplasiche (cobaltoterapia, chemioterapia, terapie irradianti, ecc.)
- Dialisi
- Cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate ambulatorialmente
- Applicazioni di apparecchio gessato
- angiografia (anche digitale)
- arteriografia (anche digitale)
- biopsie
- broncoscopia
- cistografia
- colonscopia
- coronarografia

- Doppler
- Duodenoscopia
- Ecografia
- Ecodoppler
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- M.O.C.
- Mammografia
- diagnostica radiologica
- rettoscopia
- RMN
- Scintigrafia
- Tac
- Telecuore
- Uroflussometria
- urografia
- amniocentesi, prelievo villi coriali
- laserterapia
-

Il rimborso delle spese di cui alla presente sezione "Alta Diagnostica", verrà effettuato come segue:
in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento

ALTRA DIAGNOSTICA

- Onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche, nonché i trattamenti fisioterapici);
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), verranno rimborsati come segue:

in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento.

- Visite pediatriche prescritte da medico pediatra ed effettuate fino a 10 anni di età entro un sub massimale di € 1.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Il rimborso delle spese per Visite specialistiche comprese le visite pediatriche, verrà effettuato con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 20,00 per evento entro i sub-massimali previsti.

PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI
La Società rimborsa le spese per l'acquisto e la riparazione di protesi ortopediche ed apparecchi acustici (sono esclusi i plantari e/o tutori in genere, e quanto a questi di simile e/o equivalente) senza applicazione di nessuno scoperto, né franchigia.

I ticket sulle prestazioni di cui alla presente garanzia D) SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE vengono rimborsati al 100%, all'interno del masimale di € 12.500,00 e dei sub massimali previsti.

E) PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

La Società rimborsa all'Assistito anche le spese necessarie per:

a) *Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici*

La garanzia comprende le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi, idroterapici e termali (escluse le spese di natura alberghiera) per il trattamento di malattie o di conseguenze di infortunio, ancorché non vi sia stata degenza in istituto di cura. Sono comprese, inoltre, le spese per trattamenti psicoterapici, sempreché eseguiti da medici specialisti (no psicologo o psicoanalista). Per i soli dipendenti sono comprese le spese per i trattamenti psicoterapici eseguiti anche da psicologo/psicoanalista (laureato in psicologia ed iscritto all'Albo dei professionisti).

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 2.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.

Il rimborso si prevede come segue:

in assistenza diretta: scoperto del 15% con limite di € 250,00 per sinistro;

in forma rimborsuale: scoperto del 20% e con un limite per sinistro di € 200,00 per sinistro.

Per sinistro si intende il ciclo di cura.

b) *Agopuntura*

La garanzia comprende le spese per trattamenti di agopuntura, effettuata da medico specialista, resi necessari a seguito di malattia o infortunio.

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 1.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, con scoperto del 25% per evento.

c) *Lenti ed occhiali resisi necessari a seguito della modifica del visus*

La garanzia comprende il rimborso delle spese per l'acquisto di mezzi correttivi oculistici, anche a contatto, (in alternativa alle lenti), esclusa la montatura, fino alla concorrenza complessiva di € 800,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.

Il rimborso si prevede come segue:

in assistenza diretta: scoperto del 20% con limite di € 20,00;

in forma rimborsuale: scoperto del 25% con il minimo di € 50,00.

Si precisa che la richiesta di rimborso dovrà essere accompagnata da prescrizione del medico oculista o ottico optometrista regolarmente abilitato che certifichi la necessità di nuove lenti rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica visus); andrà inoltre specificato se si trattasse di prescrizione per prime lenti.

d) Anticipo

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assistito domandare anticipatamente – entro il limite del 80% del massimale – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

e) Indennità per malattia oncologica

Qualora l'Assistito venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica, la Società si obbliga a corrispondere allo stesso una somma pari a € 4.000,00.
Per malattia oncologica si intende una neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.
La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi – comprovata da certificazione medica e cartella clinica – sia successiva alla data di effetto del contratto o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.
Il pagamento di tale indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata previsto dalla polizza, compresi casi di rinnovo o ripresa di polizze esistenti.
La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assistito alla data della richiesta di indennizzo.

F) PRESTAZIONI ESCLUSE

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri nonché l'exeresi chirurgica di neoformazioni non rientranti nelle voci definite nelle garanzie "comprese";
- le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi ove necessita la laurea in fisioterapia;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico salvo quanto previsto al punto E-Prestazioni Aggiuntive lettera a);
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita salvo quanto eventualmente espressamente derogato;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo;
- le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- infortuni non documentati da certificato di pronto soccorso.

G) SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione non è operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo in servizio temporaneo, in quanto durante i suddetti servizi subentra il SSN ai sensi di legge.

H) PRESTAZIONI EROGATE DAL SSN IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal SSN in ambito di strutture Intramoenia (vedi "Glossario") in forma rimborsuale, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente Polizza per le prestazioni private.

I) FECONDAZIONE ETEROLOGA

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa entro il massimale annuo/nucleo dedicato di € 500,00. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

L) ULTERIORI PRESTAZIONI

Vaccinazione Antinfluenzale

Descrizione

La presente garanzia prevede l'erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale da effettuarsi presso i Centri Autorizzati Previmedical (www.vacciniamo.it). La fruizione della vaccinazione antinfluenzale, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). Trattandosi di un trattamento di natura preventiva **non sarà richiesta in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Visite di controllo

Descrizione

RBM Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, **1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana,** presso i Centri Autorizzati del Network Previmedical (www.weekendinsalute.it) una visita specialistica in qualsiasi specializzazione in modo completamente gratuito, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). La prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Controllo Pediatrico
Descrizione
La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa **tra i 6 mesi e i 6 anni**, da effettuarsi presso struttura convenzionata aderente al Network, alle seguenti condizioni:

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

Massimale
Illimitato
Regimi di erogazione
Regime Diretto
Per ciascuna prestazione è prevista una **franchigia** a carico dell'Assistito di importo pari ad **€ 36,15**.

Assistenza post parto
Descrizione
La presente garanzia prevede una serie di coperture finalizzate al pieno recupero dell'Assistita a seguito del parto.
a) Supporto psicologico post parto
Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.
b) Controllo Arti Inferiori
Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.
c) Week-end benessere
Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'eduzione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

Massimale
Illimitato
Regimi di erogazione
Regime Diretto
La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate con il Network Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale
Descrizione
La presente proposta prevede l'inclusione nella garanzia Alta Diagnostica dei test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g Harmony test, Prenatl Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.
Tali test sono riconosciuti esclusivamente in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti)
Descrizione, Massimale e Regimi di erogazione

In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **€ 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

PACCHETTO € 440,00 AD ADESIONE INDIVIDUALE A FAVORE DEL PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO DOPO IL 17/11/10

PREMIO ANNUO FINITO (Nota *):	**PREMIO ANNUO PER SINGOLO DIPENDENTE** Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892,1893,1894 e 1898 C.C.	**€ 440,00**

(Nota *) Per PREMIO FINITO si intende il premio comprensivo dell'imposta sui premi assicurativi (conteggiata all'aliquota attuale del 2,5%) in vigore alla decorrenza della copertura assicurativa a cui il premio si riferisce. Eventuali future modifiche dell'aliquota comporteranno una corrispondente modifica del premio finito, fermo il fatto che gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente / Assistito.

DESCRIZIONE DELLE COPERTURE OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E NORME CHE LE REGOLANO

A) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INFORTUNIO O MALATTIA, CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO:

La Società rimborsa all'Assistito, fino alla concorrenza del massimale, le spese per:

1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi comprese protesi anatomiche ed apparecchi protesici);

2) visite specialistiche, esami, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;

3) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, sostenute durante il periodo del ricovero;

4) esami, prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, cure termali (escluse le spese alberghiere), medicazioni, sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;

5) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente): rimborso al 100%

6) trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero e nei 120 giorni successivi al termine del ricovero stesso o alla data dell'intervento ambulatoriale sempreché conseguenti all'evento considerato.

Sono inoltre compresi:

- Parto Cesareo e aborto terapeutico fino ad un massimo complessivo di € 6.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare.

- Parto fisiologico fino ad un massimo complessivo di € 4.000,00 per anno ciascun assicurativo e per nucleo familiare con scoperto del 10%
- Day Hospital (escluso il controllo)
- Interventi ambulatoriali con l'applicazione di una franchigia € 150,00 per evento sia in forma diretta che in forma rimborsuale.
- Qualsiasi altro tipo d'intervento (laser, crioterapia, ecc.)
  Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri - limite di € 1.500,00 per occhio con scoperto 20% per evento

FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese di cui alla garanzia "A", verrà effettuato come segue:

- nessuna franchigia verrà applicata nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate in assistenza diretta o in caso di Grande intervento (vedi Allegato n. 1 – Grandi Interventi Chirurgici) o in caso di ricoveri;
- nessuna franchigia verrà applicata in caso di ricovero a pagamento in ospedale pubblico/AOP (reparto solventi);
- nei casi in cui le prestazioni per ricoveri (con o senza intervento) fossero effettuate in forma rimborsuale, si applica uno scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 e massimo di € 5.000,00 per evento.

Al fine di evitare l'applicazione delle suddette franchigie l'Assistito deve preventivamente richiedere alla Società, per ottenere le prestazioni da lui richieste, di utilizzare istituti di cura e medici convenzionati oppure ottenere direttamente le suddette prestazioni nell'ambito delle convenzioni del SSN con istituti e medici.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.

Ferma restando la facoltà di scelta della struttura sanitaria da utilizzare da parte dell'Assistito, quest'ultimo è tenuto comunque a segnalare preventivamente almeno due giorni prima alla centrale operativa, ogni richiesta di ricovero in strutture pubbliche (anche per prestazioni "Intramoenia"), in strutture private, o di Day hospital. La predetta segnalazione preventiva ha il duplice scopo di aiutare l'Assistito per il miglior utilizzo delle opportunità disponibili nel Network e per evitargli o ridurgli, ovunque possibile, l'applicazione di franchigie e scoperti.

La predetta segnalazione non è richiesta per i soli casi di emergenza.

A1) SPESE IN GRAVIDANZA (anche senza patologia): spese per onorari medici, esami, ed accertamenti diagnostici (ivi compresa l'amniocentesi), sub massimale di € 1.600,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato con scoperto del 10% con limite massimo di rimborso di € 200,00 per singola fattura.

B) PRESTAZIONI INTEGRATIVE DELLA GARANZIA "A"

La Società rimborsa all'Assistito in caso di ricovero rientrante fra quelli elencati al precedente punto "A":

- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assistito a e da istituto di cura o ospedale e da un istituto di cura o ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero, con un massimo di € 3.000,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.

le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera in Italia e all'estero ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito con il limite giornaliero di € 70,00 e con un massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato

C) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - Trasformabilità della prestazione

Qualora le spese inerenti l'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni previste al precedente punto A si intendono sostituite dalla corresponsione di una indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 100,00 giornaliere, fino ad un massimo di 250 giorni per persona e per ciascun anno assicurativo, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.
In caso di Day Hospital l'indennità giornaliera sarà di € 60,00

MASSIMALE ANNUO PER L'INSIEME DELLE GARANZIE "A", "B", "C"

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 300.000,00 (€ 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento) da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

D) SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE

La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie specialistiche extra-ospedaliere fino a concorrenza della somma di € 12.500,00, da intendersi quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato:

ALTA DIAGNOSTICA

- Cure delle malattie neoplasiche (cobaltoterapia, chemioterapia, terapie irradianti, ecc.)
- Dialisi
- Cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate ambulatorialmente
- Applicazioni di apparecchio gessato
- angiografia (anche digitale)
- arteriografia (anche digitale)
- biopsie
- broncoscopia
- cistografia
- colonscopia
- coronarografia
- Doppler
- Duodenoscopia
- Ecografia
- Ecodoppler
- Elettrocardiografia
- Elettroencefalografia
- Esofagoscopia
- Gastroscopia
- M.O.C.
- Mammografia
- diagnostica radiologica
- rettoscopia
- RMN
- Scintigrafia
- Tac
- Telecuore
- Uroflussometria
- urografia
- amniocentesi, prelievo villi coriali
- laserterapia

Il rimborso delle spese di cui alla presente sezione "Alta Diagnostica", verrà effettuato come segue:
in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento

ALTRA DIAGNOSTICA

- Onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche, nonché i trattamenti fisioterapici);
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), verranno rimborsati come segue:

in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento.

- Visite pediatriche prescritte da medico pediatra ed effettuate fino a 10 anni di età entro un sub massimale di € 1.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Il rimborso delle spese per Visite specialistiche comprese le visite pediatriche, verrà effettuato con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 20,00 per evento entro i sub-massimali previsti.

PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI
La Società rimborsa le spese per l'acquisto e la riparazione di protesi ortopediche ed apparecchi acustici (sono esclusi i plantari e/o tutori in genere, e quanto a questi di simile e/o equivalente) senza applicazione di nessuno scoperto, né franchigia.

I ticket sulle prestazioni di cui alla presente garanzia D) SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE vengono rimborsati al 100%, all'interno del masimale di € 12.500,00 e dei sub massimali previsti.

E) *PRESTAZIONI AGGIUNTIVE*
La Società rimborsa all'Assistito anche le spese necessarie per:

a) Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici
La garanzia comprende le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi, idroterapici e termali (escluse le spese di natura alberghiera) per il trattamento di malattie o di conseguenze di infortunio, ancorché non vi sia stata degenza in istituto di cura. Sono comprese, inoltre, le spese per trattamenti psicoterapici, sempreché eseguiti da medici specialisti (no psicologo o psicoanalista). Per i soli dipendenti sono comprese le spese per i trattamenti psicoterapici eseguiti anche da psicologo/psicoanalista (laureato in psicologia ed iscritto all'Albo dei professionisti).
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 2.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
Il rimborso si prevede come segue:
in assistenza diretta: scoperto del 15% con limite di € 250,00 per sinistro;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% e con un limite per sinistro di € 200,00 per sinistro.
Per sinistro si intende il ciclo di cura.

b) *Agopuntura*

La garanzia comprende le spese per trattamenti di agopuntura, effettuata da medico specialista, resi necessari a seguito di malattia o infortunio.
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 1.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, con scoperto del 25% per evento.

c) *Lenti ed occhiali resisi necessari a seguito della modifica del visus*

La garanzia comprende il rimborso delle spese per l'acquisto di mezzi correttivi oculistici, anche a contatto, esclusa la montatura, fino alla concorrenza complessiva di € 800,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.
Il rimborso si prevede come segue:
in assistenza diretta: scoperto del 20% con limite di € 20,00;
in forma rimborsuale: scoperto del 25% con il minimo di € 50,00.
Si precisa che la richiesta di rimborso dovrà essere accompagnata da prescrizione del medico oculista o ottico optometrista regolarmente abilitato che certifichi la necessità di nuove lenti rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica visus); andrà inoltre specificato se si trattasse di prescrizione per prime lenti.

d) *Anticipo*

Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assistito domandare anticipatamente – entro il limite del 80% del massimale – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

e) *Indennità per malattia oncologica*

Qualora l'Assistito venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica, la Società si obbliga a corrispondere allo stesso una somma pari a € 4.000,00.
Per malattia oncologica si intende una neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.
La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi – comprovata da certificazione medica e cartella clinica – sia successiva alla data di effetto del contratto o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.

Il pagamento di tale indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata previsto dalla polizza, compresi casi di rinnovo o ripresa di polizze esistenti.
La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assistito alla data della richiesta di indennizzo.

f) Garanzia medicina preventiva. Garanzia valida esclusivamente solo per il personale in servizio (esclusi i familiari).
La presente garanzia si intende valida esclusivamente nel caso in cui le prestazioni vengono effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale con pagamento del Ticket oppure presso i centri convenzionati con il Network.

- **Per gli Assistiti di sesso maschile:**
  spese sostenute per visite cardiologiche con ECG (anche con sforzo massimale se ritenuto necessario), ecografie all'addome, per visite ed accertamenti prostatici ed urologici, esami citologici delle urine, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico.
- **Per gli Assistiti di sesso femminile:**
  spese sostenute per l'effettuazione del pap test, visite ginecologiche, mammografie ed ecografie mammarie in rapporto all'età e per visite cardiologiche con ECG (anche con sforzo massimale se ritenuto necessario.
- **Per tutti gli Assistiti:**
  elettroforesi, esame completo urine, esame del sangue completo, feci – ricerca sangue occulto (ripetuto 3 volte) epiluminescenza (controllo nevi), visite oculistiche.

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 700 per ciascun anno assicurativo.

F) PRESTAZIONI ESCLUSE

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri nonché l'exeresi chirurgica di neoformazioni non rientranti nelle voci definite nelle garanzie "comprese";
- le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi ove necessita la laurea in fisioterapia;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico salvo quanto previsto al punto E-Prestazioni Aggiuntive lettera a);
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita salvo quanto eventualmente espressamente derogato;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo salvo quanto previsto al punto E-Prestazioni Aggiuntive lettera f);
- le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la

permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- infortuni non documentati da certificato di pronto soccorso.

G) SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione non è operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo in servizio temporaneo, in quanto durante i suddetti servizi subentra il SSN ai sensi di legge.

H) PRESTAZIONI EROGATE DAL SSN IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal SSN in ambito di strutture Intramoenia (vedi "Glossario") in forma rimborsuale, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente Polizza per le prestazioni private.

I) FECONDAZIONE ETEROLOGA

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa entro il massimale annuo/nucleo dedicato di € 500,00. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

L) ULTERIORI PRESTAZIONI

Vaccinazione Antinfluenzale

Descrizione

La presente garanzia prevede l'erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale da effettuarsi presso i Centri Autorizzati Previmedical (www.vacciniamo.it). La fruizione della vaccinazione antinfluenzale, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). Trattandosi di un trattamento di natura preventiva **non sarà richiesta in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Visite di controllo

Descrizione

RBM Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, **1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana,** presso i Centri Autorizzati del Network Previmedical (www.weekendinsalute.it) una visita specialistica in qualsiasi specializzazione in modo completamente gratuito, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). La prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Controllo Pediatrico

Descrizione

La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa **tra i 6 mesi e i 6 anni**, da effettuarsi presso struttura convenzionata aderente al Network, alle seguenti condizioni:

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

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

Per ciascuna prestazione è prevista una **franchigia** a carico dell'Assistito di importo pari ad **€ 36,15**.

Assistenza post parto

Descrizione

La presente garanzia prevede una serie di coperture finalizzate al pieno recupero dell'Assistita a seguito del parto.

a) Supporto psicologico post parto

Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.

b) Controllo Arti Inferiori

Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.

c) Week-end benessere

Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'eduzione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate con il Network Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale

Descrizione

La presente proposta prevede l'inclusione nella garanzia Alta Diagnostica dei test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g Harmony test, Prenatl Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.

Tali test sono riconosciuti esclusivamente in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti)
Descrizione, Massimale e Regimi di erogazione
In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **€ 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

PACCHETTO € 20,00 AD ADESIONE INDIVIDUALE A FAVORE DEL PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO DOPO IL 17/11/10

PREMIO ANNUO FINITO (Nota *):	**PREMIO ANNUO PER SINGOLO DIPENDENTE** Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892,1893,1894 e 1898 C.C.	**€ 20,00**

(Nota *) Per PREMIO FINITO si intende il premio comprensivo dell'imposta sui premi assicurativi (conteggiata all'aliquota attuale del 2,5%) in vigore alla decorrenza della copertura assicurativa a cui il premio si riferisce. Eventuali future modifiche dell'aliquota comporteranno una corrispondente modifica del premio finito, fermo il fatto che gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente / Assistito.

GARANZIA MEDICINA PREVENTIVA. Garanzia valida esclusivamente solo per il personale in servizio (esclusi i familiari).
La presente garanzia si intende valida esclusivamente nel caso in cui le prestazioni vengono effettuate presso il Servizio Sanitario Nazionale con pagamento del Ticket oppure presso i centri convenzionati con il Network.

- **Per gli Assistiti di sesso maschile:**
  spese sostenute per visite cardiologiche con ECG (anche con sforzo massimale se ritenuto necessario), ecografie all'addome, per visite ed accertamenti prostatici ed urologici, esami citologici delle urine, l'accertamento dell'antigene prostatico specifico.
- **Per gli Assistiti di sesso femminile:**
  spese sostenute per l'effettuazione del pap test, visite ginecologiche, mammografie ed ecografie mammarie in rapporto all'età e per visite cardiologiche con ECG (anche con sforzo massimale se ritenuto necessario.
- **Per tutti gli Assistiti:**
  elettroforesi, esame completo urine, esame del sangue completo, feci – ricerca sangue occulto (ripetuto 3 volte) epiluminescenza (controllo nevi), visite oculistiche.

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 700 per ciascun anno assicurativo.

PRESTAZIONI ESCLUSE
La copertura assicurativa non comprende le spese per:
- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i

neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri nonché l'exeresi chirurgica di neoformazioni non rientranti nelle voci definite nelle garanzie "comprese";
- le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi ove necessita la laurea in fisioterapia;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico salvo quanto previsto al punto E-Prestazioni Aggiuntive lettera a);
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita salvo quanto eventualmente espressamente derogato;
- le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- infortuni non documentati da certificato di pronto soccorso.

SERVIZIO MILITARE
L'assicurazione non è operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo in servizio temporaneo, in quanto durante i suddetti servizi subentra il SSN ai sensi di legge.

PRESTAZIONI EROGATE DAL SSN IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA
Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal SSN in ambito di strutture Intramoenia (v. DEFINIZIONI) al di fuori delle convenzioni con il Network, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente Polizza per le prestazioni private.

CONSERVAZIONE DELLE PRESTAZIONI DELLA POLIZZA GARANZIA SANITARIA A FAVORE DEGLI EX DIPENDENTI E DEI RISPETTIVI NUCLEI FAMILIARI

L'assicurazione è prestata, su richiesta, anche a favore degli ex appartenenti al personale dipendente già iscritti, nonché di quelli andati in quiescenza dopo il 31 dicembre di ogni singolo anno solare che al momento della cessazione fossero alle dipendenze di Ente attualmente iscritto alla Cassa.

L'assicurazione è prestata alle seguenti condizioni:
a) possono essere beneficiari il personale in quiescenza nonché:
   - il personale in stato di prepensionamento,
   - il personale dipendente ammesso a fruire degli assegni straordinari per il sostegno del reddito a carico del "fondo solidarietà" di cui all'accordo sottoscritto in sede ABI il 28/2/99,

- il personale dipendente destinatario di analoghi trattamenti, ai quali detti assegni vengono erogati, in applicazione di accordi in sede aziendale, per un periodo superiore a 60 mesi;

ed i relativi familiari conviventi fiscalmente a carico e non;

c) in caso di decesso nel corso dell'annualità assicurativa del beneficiario iscritto, le garanzie di polizza cesseranno per il relativo nucleo a partire dalla scadenza di tale anno assicurativo;

d) Limite di età per tutti i beneficiari: 85 anni. Per le persone di età superiore a 85 anni compiuti, già assicurate ed in continuità di copertura, la copertura stessa potrà proseguire, con un incremento di premio del 50%.

PACCHETTO € 900,00 A FAVORE DEL PERSONALE IN QUIESCENZA GIA' ASSICURATO IN QUALITA' DI PERSONALE IN QUIESCENZA ALLA DATA DEL 31/12/2013

PREMIO ANNUO FINITO (Nota *):	PREMIO ANNUO PER PENSIONATO E RISPETTIVO NUCLEO, COMPOSTO DA: CONIUGE FISCALMENTE A CARICO	
	Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892,1893,1894 e 1898 C.C.	**€ 900,00**
	PREMIO ANNUO PER OGNI ALTRO FAMILIARE DEL PENSIONATO (CONIUGE O MORE UXORIO E FIGLI) : L'inserimento deve riguardare tutti i familiari risultanti da stato di famiglia.	**€ 725,00**
	Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prevede una carenza 90 giorni per le malattie preesistenti per i familiari non in continuità di copertura.	

(Nota *) Per PREMIO FINITO si intende il premio comprensivo dell'imposta sui premi assicurativi (conteggiata all'aliquota attuale del 2,5%) in vigore alla decorrenza della copertura assicurativa a cui il premio si riferisce. Eventuali future modifiche dell'aliquota comporteranno una corrispondente modifica del premio finito, fermo il fatto che gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente / Assistito.

DESCRIZIONE DELLE COPERTURE OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E NORME CHE LE REGOLANO

A) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INFORTUNIO O MALATTIA, CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO:

La Società rimborsa all'Assistito, fino alla concorrenza del massimale, le spese per:

1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi comprese protesi anatomiche ed apparecchi protesici);

2) visite specialistiche, esami, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;

3) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, sostenute durante il periodo del ricovero;

4) esami, prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, cure termali (escluse le spese alberghiere), medicazioni, sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;

5) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente): rimborso al 100%

6) trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero e nei 120 giorni successivi al termine del ricovero stesso o alla data dell'intervento ambulatoriale sempreché conseguenti all'evento considerato.

Sono inoltre compresi:

- Parto Cesareo e aborto terapeutico fino ad un massimo complessivo di € 6.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare.
- Parto fisiologico fino ad un massimo complessivo di € 4.000,00 per anno ciascun assicurativo e per nucleo familiare con scoperto del 10%
- Day Hospital (escluso il controllo)
- Interventi ambulatoriali con l'applicazione di una franchigia € 150,00 per evento sia in forma diretta che in forma rimborsuale.
- Qualsiasi altro tipo d'intervento (laser, crioterapia, ecc.)
- Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri - limite di € 1.500,00 per occhio con scoperto 20% per evento.

FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese di cui alla garanzia "A", verrà effettuato come segue:

- nessuna franchigia verrà applicata nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate in assistenza diretta o in caso di Grande intervento (vedi Allegato n. 1 – Grandi Interventi Chirurgici) o in caso di ricoveri;
- nessuna franchigia verrà applicata in caso di ricovero a pagamento in ospedale pubblico/AOP (reparto solventi);
- nei casi in cui le prestazioni per ricoveri (con o senza intervento) fossero effettuate in forma rimborsuale, si applica uno scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 e massimo di € 5.000,00 per evento.

Al fine di evitare l'applicazione delle suddette franchigie l'Assistito deve preventivamente richiedere alla Società, per ottenere le prestazioni da lui richieste, di utilizzare istituti di cura e medici convenzionati oppure ottenere direttamente le suddette prestazioni nell'ambito delle convenzioni del SSN con istituti e medici.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.

Ferma restando la facoltà di scelta della struttura sanitaria da utilizzare da parte dell'Assistito, quest'ultimo è tenuto comunque a segnalare preventivamente almeno due giorni prima alla centrale operativa, ogni richiesta di ricovero in strutture pubbliche (anche per prestazioni "Intramoenia"), in strutture private, o di Day hospital. La predetta segnalazione preventiva ha il duplice scopo di aiutare l'Assistito per il miglior utilizzo delle opportunità disponibili nel Network e per evitargli o ridurgli, ovunque possibile, l'applicazione di franchigie e scoperti.

La predetta segnalazione non è richiesta per i soli casi di emergenza.

A1) **SPESE IN GRAVIDANZA** (anche senza patologia): spese per onorari medici, esami, ed accertamenti diagnostici (ivi compresa l'amniocentesi), sub massimale di € 1.600,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato con scoperto del 10% con limite

massimo di rimborso di € 200,00 per singola fattura

B) PRESTAZIONI INTEGRATIVE DELLA GARANZIA "A"

La Società rimborsa all'Assistito in caso di ricovero rientrante fra quelli elencati al precedente punto "A":

- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assistito a e da istituto di cura o ospedale e da un istituto di cura o ospedale ad un altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero, con un massimo di € 3.000,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera in Italia e all'estero ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito con il limite giornaliero di € 70,00 e con un massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.

C) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - Trasformabilità della prestazione

Qualora le spese inerenti l'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni previste al precedente punto A si intendono sostituite dalla corresponsione di una indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 100,00 giornaliere, fino ad un massimo di 250 giorni per persona e per ciascun anno assicurativo, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi. In caso di Day Hospital l'indennità giornaliera sarà di € 60,00.

MASSIMALE ANNUO PER L'INSIEME DELLE GARANZIE "A", "B", "C"

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 300.000,00 (€ 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento) da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

D) SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE

La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie specialistiche extra-ospedaliere fino a concorrenza della somma di € 12.500,00, da intendersi quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato:

ALTA DIAGNOSTICA

- Cure delle malattie neoplasiche (cobaltoterapia, chemioterapia, terapie irradianti, ecc.)
- Dialisi
- Cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate ambulatorialmente
- Applicazioni di apparecchio gessato
- angiografia (anche digitale)
- arteriografia (anche digitale)
- biopsie
- broncoscopia
- cistografia
- colonscopia
- coronarografia
- doppler
- duodenoscopia
- ecografia
- ecodoppler
- elettrocardiografia

- elettroencefalografia
- esofagoscopia
- gastroscopia
- M.O.C.
- Mammografia
- diagnostica radiologica
- rettoscopia
- RMN
- Scintigrafia
- Tac
- Telecuore
- Uroflussometria
- urografia
- amniocentesi, prelievo villi coriali
- laserterapia

Il rimborso delle spese di cui alla presente sezione "Alta Diagnostica", verrà effettuato come segue:
in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento

ALTRA DIAGNOSTICA

- Onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche, nonché i trattamenti fisioterapici);
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), verranno rimborsati come segue:

in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento.

- Visite pediatriche prescritte da medico pediatra ed effettuate fino a 10 anni di età entro un sub massimale di € 1.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Il rimborso delle spese per Visite specialistiche comprese le visite pediatriche, verrà effettuato con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 20,00 per evento entro i sub-massimali previsti.

PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto e la riparazione di protesi ortopediche ed apparecchi acustici (sono esclusi i plantari e/o tutori in genere, e quanto a questi di simile e/o equivalente) senza applicazione di nessuno scoperto, né franchigia.

I ticket sulle prestazioni di cui alla presente garanzia D) SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE vengono rimborsati al 100%, all'interno del masimale di € 12.500,00 e dei sub massimali previsti.

E) PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

La Società rimborsa all'Assistito anche le spese necessarie per:

a) *Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici*
La garanzia comprende le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi, idroterapici e termali (escluse le spese di natura alberghiera) per il trattamento di malattie o di conseguenze di infortunio, ancorché non vi sia stata degenza in istituto di cura. Sono comprese, inoltre, le spese per trattamenti psicoterapici, sempreché eseguiti da medici specialisti (no psicologo o psicoanalista).
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 2.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
Il rimborso si prevede come segue:
in assistenza diretta: scoperto del 15% con limite di € 250,00 per sinistro;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% e con un limite per sinistro di € 200,00 per sinistro.
Per sinistro si intende il ciclo di cura.

b) *Agopuntura*
La garanzia comprende le spese per trattamenti di agopuntura, effettuata da medico specialista, resi necessari a seguito di malattia o infortunio.
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 1.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, con scoperto del 25% per evento.

c) *Lenti ed occhiali resisi necessari a seguito della modifica del visus*
La garanzia comprende il rimborso delle spese per l'acquisto di mezzi correttivi oculistici, anche a contatto, esclusa la montatura, fino alla concorrenza complessiva di € 800,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.
Il rimborso si prevede come segue:
in assistenza diretta: scoperto del 20% con limite di € 20,00;
in forma rimborsuale: scoperto del 25% con il minimo di € 50,00.
Si precisa che la richiesta di rimborso dovrà essere accompagnata da prescrizione del medico oculista o ottico optometrista regolarmente abilitato che certifichi la necessità di nuove lenti rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica visus); andrà inoltre specificato se si trattasse di prescrizione per prime lenti.

d) *Anticipo*
Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assistito domandare anticipatamente – entro il limite del 80% del massimale – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

e) *Indennità per malattia oncologica*
Qualora l'Assistito venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica, la Società si obbliga a corrispondere allo stesso una somma pari a € 4.000,00.
Per malattia oncologica si intende una neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.
La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi – comprovata da certificazione medica e cartella clinica – sia successiva alla data di effetto del contratto o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.
Il pagamento di tale indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata previsto dalla polizza, compresi casi di rinnovo o ripresa di polizze esistenti. La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assistito alla data della richiesta di indennizzo.

F) PRESTAZIONI ESCLUSE

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri nonché l'exeresi chirurgica di neoformazioni non rientranti nelle voci definite nelle garanzie "comprese";
- le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi ove necessita la laurea in fisioterapia;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;
- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico salvo quanto previsto al punto E-Prestazioni Aggiuntive lettera a);
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita salvo quanto eventualmente espressamente derogato;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo;
- le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- infortuni non documentati da certificato di pronto soccorso.

G) SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione non è operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo in servizio temporaneo, in quanto durante i suddetti servizi subentra il SSN ai sensi di legge.

H) PRESTAZIONI EROGATE DAL SSN IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal SSN in ambito di strutture Intramoenia (vedi "Glossario") in forma rimborsuale, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente Polizza per le prestazioni private.

I) FECONDAZIONE ETEROLOGA

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa entro il massimale annuo/nucleo dedicato di € 500,00. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

L) ULTERIORI PRESTAZIONI

Vaccinazione Antinfluenzale

Descrizione

La presente garanzia prevede l'erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale da effettuarsi presso i Centri Autorizzati Previmedical (www.vacciniamo.it). La fruizione della vaccinazione antinfluenzale, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). Trattandosi di un trattamento di natura preventiva **non sarà richiesta in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Visite di controllo

Descrizione

RBM Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, **1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana,** presso i Centri Autorizzati del Network Previmedical (www.weekendinsalute.it) una visita specialistica in qualsiasi specializzazione in modo completamente gratuito, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). La prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto

La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Controllo Pediatrico

Descrizione

La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa **tra i 6 mesi e i 6 anni**, da effettuarsi presso struttura convenzionata aderente al Network, alle seguenti condizioni:

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

- 1 visita ai 6 anni

Massimale
Illimitato
Regimi di erogazione
Regime Diretto
Per ciascuna prestazione è prevista una **franchigia** a carico dell'Assistito di importo pari ad **€ 36,15**.

Assistenza post parto
Descrizione
La presente garanzia prevede una serie di coperture finalizzate al pieno recupero dell'Assistita a seguito del parto.
a) Supporto psicologico post parto
Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.
b) Controllo Arti Inferiori
Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.
c) Week-end benessere
Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:

- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'eduzione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

Massimale
Illimitato
Regimi di erogazione
Regime Diretto
La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate con il Network Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale
Descrizione
La presente proposta prevede l'inclusione nella garanzia Alta Diagnostica dei test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g Harmony test, Prenatl Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.
Tali test sono riconosciuti esclusivamente in alternativa all'amniocentesi/villocentesi.

Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti)
Descrizione, Massimale e Regimi di erogazione
In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **€ 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

AssicurazioneSalute

PACCHETTO A FAVORE DEL PERSONALE CHE PASSA DA ATTIVO A QUIESCENTE IN DATA POST 31/12/2013 (VALIDITA' PER IL PRIMO ANNO DI COPERTURA SUCCESSIVO ALLA DATA DI PENSIONAMENTO)

PREMIO ANNUO FINITO (Nota *):	**PREMIO ANNUO PER PENSIONATO E RISPETTIVO NUCLEO, COMPOSTO DA: CONIUGE FISCALMENTE A CARICO, FIGLI FISCALMENTE A CARICO** Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prescinde dalle condizioni fisiche nonché dalle malattie pregresse recidivanti, senza possibilità per la Società di escludere i soggetti malati o affetti da difetti fisici o mutilazioni rilevanti. A tal fine la Società formula espressa rinuncia ad avvalersi degli artt. 1892,1893,1894 e 1898 C.C.	**€ 700,00**
	PREMIO ANNUO PER OGNI ALTRO FAMILIARE DEL PENSIONATO (CONIUGE O MORE UXORIO E FIGLI): L'inserimento deve riguardare tutti i familiari risultanti da stato di famiglia Per gli assistiti di cui al presente punto la copertura assicurativa prevede una carenza 90 giorni per le malattie preesistenti per i familiari non in continuità di copertura.	**1 persona € 295,00** **2 persone € 535,00** **3 persone e oltre € 725,00**

(Nota *) Per PREMIO FINITO si intende il premio comprensivo dell'imposta sui premi assicurativi (conteggiata all'aliquota attuale del 2,5%) in vigore alla decorrenza della copertura assicurativa a cui il premio si riferisce. Eventuali future modifiche dell'aliquota comporteranno una corrispondente modifica del premio finito, fermo il fatto che gli oneri fiscali presenti e futuri relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente / Assistito.

DESCRIZIONE DELLE COPERTURE OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E NORME CHE LE REGOLANO

A) RICOVERO IN ISTITUTO DI CURA PER INFORTUNIO O MALATTIA, CON O SENZA INTERVENTO CHIRURGICO:
La Società rimborsa all'Assistito, fino alla concorrenza del massimale, le spese per:

1) onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento, per diritti di sala operatoria e per materiale d'intervento (ivi comprese protesi anatomiche ed apparecchi protesici);

2) visite specialistiche, esami, accertamenti diagnostici compresi onorari medici effettuati anche al di fuori dell'istituto di cura nei 120 giorni precedenti il ricovero;

3) accertamenti diagnostici, medicinali, assistenza medica ed infermieristica, cure, sostenute durante il periodo del ricovero;

4) esami, prestazioni mediche ed infermieristiche, medicinali, cure termali (escluse le spese alberghiere), medicazioni, sostenute nei 120 giorni successivi al termine del ricovero o alla data dell'intervento ambulatoriale, sempreché conseguenti all'evento considerato;

5) rette di degenza (escluse quelle concernenti il comfort o i bisogni non essenziali del degente): rimborso al 100%

6) trattamenti fisioterapici e rieducativi effettuati durante il periodo di ricovero e nei 120 giorni successivi al termine del ricovero stesso o alla data dell'intervento ambulatoriale sempreché conseguenti all'evento considerato.

Sono inoltre compresi:

- Parto Cesareo e aborto terapeutico fino ad un massimo complessivo di € 6.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare.
- Parto fisiologico fino ad un massimo complessivo di € 4.000,00 per anno ciascun assicurativo e per nucleo familiare con scoperto del 10%
- Day Hospital (escluso il controllo)
- Interventi ambulatoriali con l'applicazione di una franchigia € 150,00 per evento sia in forma diretta che in forma rimborsuale.
- Qualsiasi altro tipo d'intervento (laser, crioterapia, ecc.)
- Prestazioni per chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri - limite di € 1.500,00 per occhio con scoperto 20% per evento

FRANCHIGIA

Il rimborso delle spese di cui alla garanzia "A", verrà effettuato come segue:

- nessuna franchigia verrà applicata nel caso in cui le prestazioni per ricoveri, con o senza intervento, fossero effettuate in assistenza diretta o in caso di Grande intervento (vedi Allegato n. 1 – Grandi Interventi Chirurgici) o in caso di ricoveri;
- nessuna franchigia verrà applicata in caso di ricovero a pagamento in ospedale pubblico/AOP (reparto solventi);
- nei casi in cui le prestazioni per ricoveri (con o senza intervento) fossero effettuate in forma rimborsuale, si applica uno scoperto del 25% con un minimo di € 1.000,00 e massimo di € 5.000,00 per evento.

Al fine di evitare l'applicazione delle suddette franchigie l'Assistito deve preventivamente richiedere alla Società, per ottenere le prestazioni da lui richieste, di utilizzare istituti di cura e medici convenzionati oppure ottenere direttamente le suddette prestazioni nell'ambito delle convenzioni del SSN con istituti e medici.

Gli interventi per cure dentarie, resi necessari per cause diverse dall'infortunio sono escluse sia dalla garanzia day hospital che ambulatoriale.

Ferma restando la facoltà di scelta della struttura sanitaria da utilizzare da parte dell'Assistito, quest'ultimo è tenuto comunque a segnalare preventivamente almeno due giorni prima alla centrale operativa, ogni richiesta di ricovero in strutture pubbliche (anche per prestazioni "Intramoenia"), in strutture private, o di Day hospital. La predetta segnalazione preventiva ha il duplice scopo di aiutare l'Assistito per il miglior utilizzo delle opportunità disponibili nel Network e per evitargli o ridurgli, ovunque possibile, l'applicazione di franchigie e scoperti.

La predetta segnalazione non è richiesta per i soli casi di emergenza.

A1) SPESE IN GRAVIDANZA (anche senza patologia): spese per onorari medici, esami, ed accertamenti diagnostici (ivi compresa l'amniocentesi), sub massimale di € 1.600,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato con scoperto del 10% con limite massimo di rimborso di € 200,00 per singola fattura.

B) PRESTAZIONI INTEGRATIVE DELLA GARANZIA "A"

La Società rimborsa all'Assistito in caso di ricovero rientrante fra quelli elencati al precedente punto "A":

- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il trasporto dell'Assistito a e da istituto di cura o ospedale e da un istituto di cura o ospedale ad un

altro con i seguenti mezzi: treno, aereo, ambulanza, eliambulanza, in Italia ed all'estero, con un massimo di € 3.000,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.

- le spese sostenute, debitamente documentate da fatture, notule, ricevute, per il vitto ed il pernottamento in Istituto di cura, o struttura alberghiera in Italia e all'estero ove non sussista disponibilità ospedaliera, per un accompagnatore dell'Assistito con il limite giornaliero di € 70,00 e con un massimo di 60 giorni per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.

C) SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - Trasformabilità della prestazione

Qualora le spese inerenti l'evento che ha causato il ricovero stesso siano a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, le prestazioni previste al precedente punto A si intendono sostituite dalla corresponsione di una indennità per ogni giorno di ricovero (intendendo come tale il periodo del giorno che comprende anche il pernottamento) di € 100,00 giornaliere, fino ad un massimo di 250 giorni per persona e per ciascun anno assicurativo, per far fronte alle necessità legate al recupero a seguito della malattia, dell'infortunio e del parto, al fine di favorire l'autonomia e la permanenza a domicilio in dipendenza di tali eventi.
In caso di Day Hospital l'indennità giornaliera sarà di € 60,00.

MASSIMALE ANNUO PER L'INSIEME DELLE GARANZIE "A", "B", "C"

Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza della somma di € 300.000,00 (€ 150.000,00 in caso di ricovero senza intervento) da intendersi come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

D) SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE

La Società rimborsa anche le spese per le seguenti prestazioni sanitarie specialistiche extra-ospedaliere fino a concorrenza della somma di € 12.500,00, da intendersi quale disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato:

ALTA DIAGNOSTICA

- Cure delle malattie neoplasiche (cobaltoterapia, chemioterapia, terapie irradianti, ecc.)
- Dialisi
- Cure dentarie rese necessarie da infortunio effettuate ambulatorialmente
- Applicazioni di apparecchio gessato
- angiografia (anche digitale)
- arteriografia (anche digitale)
- biopsie
- broncoscopia
- cistografia
- colonscopia
- coronarografia
- doppler
- duodenoscopia
- ecografia
- ecodoppler
- elettrocardiografia
- elettroencefalografia
- esofagoscopia
- gastroscopia
- M.O.C.
- Mammografia
- diagnostica radiologica
- rettoscopia

- RMN
- Scintigrafia
- Tac
- Telecuore
- Uroflussometria
- urografia
- amniocentesi, prelievo villi coriali
- laserterapia

Il rimborso delle spese di cui alla presente sezione "Alta Diagnostica", verrà effettuato come segue:
in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento

ALTRA DIAGNOSTICA

- Onorari dei medici per visite e prestazioni specialistiche (escluse quelle odontoiatriche, ortodontiche, nonché i trattamenti fisioterapici);
- Analisi di laboratorio ed esami diagnostici (ivi compresi gli onorari medici), verranno rimborsati come segue:

in assistenza diretta: nessuno scoperto/franchigia;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% con il minimo di € 50,00 per evento.

- Visite pediatriche prescritte da medico pediatra ed effettuate fino a 10 anni di età entro un sub massimale di € 1.000,00 per ciascun anno assicurativo e per nucleo familiare assicurato.

Il rimborso delle spese per Visite specialistiche comprese le visite pediatriche, verrà effettuato con applicazione di uno scoperto del 15% con il minimo di € 20,00 per evento entro i sub-massimali previsti

PROTESI ORTOPEDICHE ED APPARECCHI ACUSTICI

La Società rimborsa le spese per l'acquisto e la riparazione di protesi ortopediche ed apparecchi acustici (sono esclusi i plantari e/o tutori in genere, e quanto a questi di simile e/o equivalente) senza applicazione di nessuno scoperto, né franchigia.
I ticket sulle prestazioni di cui alla presente garanzia D) SPECIALISTICHE EXTRA-OSPEDALIERE vengono rimborsati al 100%, all'interno del masimale di € 12.500,00 e dei sub massimali previsti.

E) PRESTAZIONI AGGIUNTIVE

La Società rimborsa all'Assistito anche le spese necessarie per:

a) *Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici*
La garanzia comprende le spese per trattamenti fisioterapici e rieducativi, idroterapici e termali (escluse le spese di natura alberghiera) per il trattamento di malattie o di conseguenze di infortunio, ancorché non vi sia stata degenza in istituto di cura. Sono comprese, inoltre, le spese per trattamenti psicoterapici, sempreché eseguiti da medici specialisti (no psicologo o psicoanalista).
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 2.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato.
Il rimborso si prevede come segue:
in assistenza diretta: scoperto del 15% con limite di € 250,00 per evento;
in forma rimborsuale: scoperto del 20% e con un limite per sinistro di € 200,00 per sinistro.
Per sinistro si intende il ciclo di cura.

b) *Agopuntura*
La garanzia comprende le spese per trattamenti di agopuntura, effettuata da medico specialista, resi necessari a seguito di malattia o infortunio.
Il rimborso verrà effettuato fino alla concorrenza complessiva di € 1.500,00 intendendosi tale somma come disponibilità unica per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, con scoperto del 25% per evento.

c) *Lenti ed occhiali resisi necessari a seguito della modifica del visus*
La garanzia comprende il rimborso delle spese per l'acquisto di mezzi correttivi oculistici, anche a contatto, esclusa la montatura, fino alla concorrenza complessiva di € 800,00 per ciascun anno assicurativo e nucleo familiare assicurato, per il recupero dell'attività di socializzazione volta a favorire stili di vita attivi.
Il rimborso si prevede come segue:
in assistenza diretta: scoperto del 20% con limite di € 20,00;
in forma rimborsuale: scoperto del 25% con il minimo di € 50,00.
Si precisa che la richiesta di rimborso dovrà essere accompagnata da prescrizione del medico oculista o ottico optometrista regolarmente abilitato che certifichi la necessità di nuove lenti rispetto a quelle in uso dal paziente perché non più efficaci a seguito di avvenuta modificazione della capacità visiva dell'occhio (modifica visus); andrà inoltre specificato se si trattasse di prescrizione per prime lenti.

d) *Anticipo*
Nei casi di ricovero per il quale l'istituto di cura richieda il pagamento anticipato di una somma quale deposito, è facoltà dell'Assistito domandare anticipatamente – entro il limite del 80% del massimale – il rimborso dell'importo effettivamente versato a tale titolo, salvo conguaglio a cure ultimate.

e) *Indennità per malattia oncologica*
Qualora l'Assistito venga colpito dall'insorgenza di una malattia oncologica, la Società si obbliga a corrispondere allo stesso una somma pari a € 4.000,00.
Per malattia oncologica si intende una neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale.
La presente garanzia è operante a condizione che la data della prima diagnosi – comprovata da certificazione medica e cartella clinica – sia successiva alla data di effetto del contratto o comunque successiva alla data di inserimento in copertura dell'Assistito.
Il pagamento di tale indennità verrà corrisposto una sola volta per l'intero periodo di durata previsto dalla polizza, compresi casi di rinnovo o ripresa di polizze esistenti.
La presente garanzia opera in caso di permanenza in vita dell'Assistito alla data della richiesta di indennizzo.

F) PRESTAZIONI ESCLUSE

La copertura assicurativa non comprende le spese per:

- la cura delle intossicazioni conseguenti ad abuso di alcoolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci o di stupefacenti;
- le applicazioni o la chirurgia plastica o stomatologica di carattere estetico, tranne che per i neonati (fino al compimento del 3° anno di età) e per le forme ricostruttive rese necessarie da infortunio;
- la chirurgia refrattiva ed i trattamenti con laser eccimeri nonché l'exeresi chirurgica di neoformazioni non rientranti nelle voci definite nelle garanzie "comprese";
- le prestazioni non effettuate da medico o Centro medico, ad eccezione di quella infermieristica ed i trattamenti fisioterapici e rieducativi ove necessita la laurea in fisioterapia;
- le prestazioni non corredate dall'indicazione della diagnosi;
- la cura delle conseguenze di infortuni sofferti per effetto di stato di ubriachezza o sotto

l'influenza di sostanze stupefacenti o similari (non assunte a scopo terapeutico), di proprie azioni delittuose e della pratica di sports aerei e motoristici in genere;

- le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese nel capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico salvo quanto previsto al punto E-Prestazioni Aggiuntive lettera a);
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- tutte le procedure, accertamenti ed interventi relativi all'infertilità o finalizzati alla fecondazione assistita salvo quanto eventualmente espressamente derogato;
- le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo;
- le conseguenze sofferte a causa di guerra dichiarata e non dichiarata, insurrezione generale, occupazione militare, invasione;
- ogni conseguenza di anoressia e bulimia;
- lungodegenze, intese quali ricoveri connessi a condizioni fisiche dell'Assistito che non consentono più la guarigione con trattamenti medici o che rendono necessaria la permanenza in Istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento.
- infortuni non documentati da certificato di pronto soccorso.

G) SERVIZIO MILITARE

L'assicurazione non è operante durante il servizio militare di leva in tempo di pace, il servizio sostitutivo dello stesso ed il richiamo in servizio temporaneo, in quanto durante i suddetti servizi subentra il SSN ai sensi di legge.

H) PRESTAZIONI EROGATE DAL SSN IN AMBITO DI STRUTTURE INTRAMOENIA

Le prestazioni connesse con ricoveri, con prestazioni di medici e/o di tipo specialistico extraospedaliero, erogate dal SSN in ambito di strutture Intramoenia (vedi "Glossario") in forma rimborsuale, sono equiparate a tutti gli effetti a prestazioni private e pertanto sono soggette alle relative franchigie e scoperti previsti nella presente Polizza per le prestazioni private.

I) FECONDAZIONE ETEROLOGA

La presente garanzia prevede la copertura assicurativa sia in regime di assistenza diretta che rimborsuale, presso Strutture Sanitarie presenti in qualsiasi Paese dell'UE (27), delle spese necessarie al trattamento di Fecondazione Eterologa entro il massimale annuo/nucleo dedicato di € 500,00. Tuttavia, qualora il trattamento sia effettuato all'Estero, sono escluse dalla presente garanzia tutte le spese di trasferta/trasferimento dell'assistito ed i costi dell'eventuale accompagnatore.

L) ULTERIORI PRESTAZIONI

Vaccinazione Antinfluenzale

Descrizione

La presente garanzia prevede l'erogazione su base annuale della vaccinazione contro i rischi dell'influenza stagionale da effettuarsi presso i Centri Autorizzati Previmedical (www.vacciniamo.it). La fruizione della vaccinazione antinfluenzale, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). Trattandosi di un trattamento di natura preventiva **non sarà richiesta in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**

Massimale

Illimitato

Regimi di erogazione

Regime Diretto
La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Visite di controllo
Descrizione
RBM Salute garantirà agli assistiti la possibilità di poter effettuare, **1 volta al mese ed in qualsiasi giorno della settimana,** presso i Centri Autorizzati del Network Previmedical (www.weekendinsalute.it) una visita specialistica in qualsiasi specializzazione in modo completamente gratuito, senza quota di compartecipazione (scoperto/franchigia). La prestazione è garantita **anche in caso di consulto/mero controllo, non sarà richiesta pertanto in fase di autorizzazione alcuna prescrizione.**
Massimale
Illimitato
Regimi di erogazione
Regime Diretto
La presente garanzia è erogata presso i Centri Autorizzati Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Controllo Pediatrico
Descrizione
La presente garanzia provvede, su tutto il territorio nazionale, al pagamento per ciascun nucleo di una visita specialistica pediatrica di controllo per i minori di età compresa **tra i 6 mesi e i 6 anni**, da effettuarsi presso struttura convenzionata aderente al Network, alle seguenti condizioni:
- 1 visita tra i 6 mesi ed i 12 mesi
- 1 visita ai 4 anni
- 1 visita ai 6 anni

Massimale
Illimitato
Regimi di erogazione
Regime Diretto
Per ciascuna prestazione è prevista una **franchigia** a carico dell'Assistito di importo pari ad **€ 36,15**.

Assistenza post parto
Descrizione
La presente garanzia prevede una serie di coperture finalizzate al pieno recupero dell'Assistita a seguito del parto.
a) Supporto psicologico post parto
Entro 3 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista la copertura di un numero massimo di 3 visite psicologiche.
b) Controllo Arti Inferiori
Entro 6 mesi dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è possibile effettuare una visita di controllo degli arti inferiori al fine di stabilire la presenza di alterazioni patologiche del circolo venoso superficiale e profondo degli arti inferiori.
c) Week-end benessere
Entro 1 anno dal parto (avvenuto nell'anno di copertura) è prevista l'erogazione del seguente pacchetto complessivo di prestazioni:
- visita dietologica
- incontro nutrizionista
- incontro personal trainer
- lezione di base all'eduzione dell'esercizio fisico
- trattamento termale

Massimale
Illimitato

Regimi di erogazione
Regime Diretto
La presente garanzia è erogata presso le strutture convenzionate con il Network Previmedical senza applicazione di alcuno scoperto o franchigia a carico dell'Assistito.

Test genetici prenatali non invasivi (e.g. Harmony test, Prenatal Safe) su DNA fetale
Descrizione
La presente proposta prevede l'inclusione nella garanzia Alta Diagnostica dei test genetici prenatali non invasivi che, analizzando il DNA fetale libero circolante isolato da un campione di sangue materno, valutano la presenza di aneuploidie fetali comuni in gravidanza, quali quelle relative ai cromosomi 21, 18, 13 e dei cromosomi sessuali X e Y (e.g Harmony test, Prenatl Safe, etc.). Tali test consentono nella maggior parte dei casi di evitare, anche nelle fasce di età a rischio, il ricorso all'amniocentesi ed alla villocentesi riducendo i rischi per il feto connessi alla diagnosi prenatale.
Tali test sono riconosciuti esclusivamente in altemativa all'amniocentesi/villocentesi.

Trisomia 21 - Sindrome di Down (figli di assistiti)
Descrizione, Massimale e Regimi di erogazione
In caso di diagnosi di Trisomia 21 (Sindrome di Down) nei primi 3 anni di vita del neonato, la presente garanzia prevede l'erogazione di un'indennità pari a **€ 1.000,00** per anno/neonato per un periodo massimo di 3 anni.

GARANZIE ESTESE
(opzione non valida per il personale in Quiescenza)

La presente garanzia, **ad adesione individuale,** prevede il versamento **di un premio annuo aggiuntivo pari ad € 150,00 per anno e nucleo assicurato**, relativo alle prestazioni odontoiatriche come definite di seguito e dal Tariffario allegato (all. 2). Il nucleo dovrà essere il medesimo di quello assicurato nella polizza base.

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

Si precisa che:
- le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e con personale medico convenzionato con la Società;
- le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Società alle strutture medesime lasciando a carico dell'assistito esclusivamente una franchigia fissa di € 1.000,00 per ciascun impianto;

2 Avulsione
La garanzia opera nel caso di avulsione senza alcun limite in relazione al numero di denti oggetto del trattamento e con massimale illimitato.

Si precisa che:
- le prestazioni sono erogabili solo presso le strutture sanitarie e medici convenzionati con la Società;
- le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente dalla Società alle strutture medesime senza l'applicazione di alcuna franchigia o scoperto.

3 Pacchetto emergenza odontoiatrica

La polizza garantisce, massimo una volta l'anno e con un massimale illimitato, le seguenti prestazioni dentarie d'emergenza effettuate dall'Assistito durante l'operatività del presente Contratto, effettuate esclusivamente in regime di assistenza diretta presso le strutture convenzionate:

- Otturazione (qualsiasi tipo).
- Incappucciamento della polpa.
- Ricostruzione temporanea del dente con ancoraggio a vite o a perno ad elemento.
- Endodonzia (comprese RX e qualunque tipo di otturazione).

Le spese per le prestazioni erogate all'Assistito vengono liquidate in misura integrale direttamente dalla Compagnia alle strutture stesse, senza applicazione di franchigie e/o scoperti.

4 Altre cure dentarie

In aggiunta a quanto previsto dalle precedenti garanzie: L.1 – L.2 – L.3, rientrano in copertura, con massimale illimitato, anche tutte le altre prestazioni odontoiatriche eseguite in regime di assistenza diretta presso strutture convenzionate rientranti nelle seguenti macro aree:

- Controllo odontoiatrico
- Cure conservative
- Interventi chirurgici odontoiatrici
- Protesica
- Ortognatodonzia
- Igiene orale
- Paradontologia
- Diagnostica (odontoiatrica)

Per l'individuazione puntuale delle prestazioni odontoiatriche rientranti nelle predette macro-aree si rinvia all'Allegato 4 "Odontoiatria". Le spese per le prestazioni rientranti in tale documento erogate all'Assistito, vengono liquidate integralmente dalla Società, al netto delle franchigie ivi riportate

Sezione II

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

I. Garanzie aggiuntive

Inoltre la presente Polizza offre le seguenti garanzie:

1. TRASPORTO SANITARIO, TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO

Qualora l'Assistito, a seguito di 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, nell'ambito di quanto previsto nelle garanzie ricoveri, 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).

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.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

2. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Qualora in seguito a ricovero per infortunio o malattia l'Assistito necessiti di assistenza infermieristica domiciliare, potrà chiedere che, nell'ambito di quanto previsto nelle garanzie ricoveri, la prestazione venga fornita in forma diretta, con gestione della stessa da parte della Centrale Operativa

II. Servizi aggiuntivi

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

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

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

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

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

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

Operativa della Cassa segnalerà il nominativo di un medico specialista nella località più vicina al luogo in cui si trova l'Assistito.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

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

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

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

c) Consulenza telefonica medico specialistica

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessiti 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 della Cassa 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

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

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

3. GESTIONE APPUNTAMENTO

Qualora l'Assistito necessiti di una prestazione medico specialistica, di un esame diagnostico o di un ricovero, potrà usufruire della rete sanitaria convenzionata e richiedere alla Centrale Operativa della Cassa un appuntamento. Dopo aver selezionato il centro convenzionato o lo specialista in base alle specifiche esigenze sanitarie e alla disponibilità dell'Assistito, la Centrale Operativa della Cassa provvederà nel più breve tempo possibile a fissare un appuntamento in nome dell'Assistito, in virtù del rapporto di convenzione tra la struttura sanitaria e la Centrale Operativa della Cassa, l'Assistito usufruirà sempre di un canale d'accesso privilegiato e di tariffe particolarmente favorevoli rispetto ai listini in vigore.

4. CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito si sia sottoposto ad accertamenti diagnostici e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per ritirare gli esiti in quanto affetto da gravi motivi di salute certificati dal sue medico curante e nessuno possa andare per lui, la Società, dopo aver ritirato presso l'Assistito la documentazione eventualmente necessaria per il ritiro degli esiti, provvede a recapitare gli esiti di tali accertamenti all'Assistito ed al medico da lui indicato.

Il costo degli accertamenti sostenuti resta a carico dell'Assistito.

5. INVIO MEDICINALI AL DOMICILIO

Qualora l'Assistito necessiti dI medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprie domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Società, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assistito, provvede alla consegna dei medicinali prescritti.
A carico dell'Assistito resta soltanto il costo dei medicinali.

6. SECOND OPINION

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa della Cassa 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.

ALLEGATO 1 - ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

CARDIOCHIRURGIA
- Bypass aorto-coronarico
- Pericardiectomia parziale o totale
- Atriosettostomia per trasposizione dei grossi vasi
- Correzione di coartazione aortica
- Correzione totale di anomalie congenite del cuore
- Derivazione aortopolmonare
- Interventi a cuore aperto
- Interventi di sostituzione valvolare
- Interventi per fistole arterovenose del polmone

COLLO
- Tiroidectomia totale per neoplasie maligne
- Resezione dell'esofago cervicale
- Timectomia per via cervicale

SISTEMA NERVOSO CENTRALE E PERIFERICO
- Asportazione di neoplasie endocraniche, di aneurismi, ascessi o per correzione di altre condizioni patologiche endocraniche per via craniotomia
- Emisferectomia – lobectomia
- Interventi endorachidei, per asportazione di neoplasie, cordotomie, radiocotomie e altre affezioni meningomidollari
- Interventi per derivazione liquorale diretta e indiretta
- Interventi sull'ipofisi
- Neurotomia retrogasseriana – sezione intracranica di altri nervi
- Operazioni per encefalocele o meningocele
- Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
- Interventi sulla ghiandola pineale
- Interventi sul talamo o sul globo pallido

ESOFAGO
- Esofagoplastica
- Interventi sull'esofago per stenosi benigne o megaesofago
- Interventi sull'esofago per tumori maligni: resezioni parziali basse – alte – totali
- Intervento per fistola esofago-tracheale o esofago-bronchiale

FACCIA E BOCCA
- Operazioni demolitrici per tumori del massiccio facciale con svuotamento orbitario
- Interventi demolitivi per tumori maligni della lingua e del pavimento orale con svuotamento della loggia sottomascellare
- Parotidectomia totale con preparazione del nervo facciale
- Resezione del mascellare superiore per neoplasia
- Resezione della mandibola per neoplasia
- Correzione di palatoschisi

FEGATO E VIE BILIARI
- Resezioni epatiche maggiori
- Interventi per la ricostruzione delle vie biliari

GINECOLOGIA
- Vulvectomia allargata
- Isterectomia radicale per via addominale per neoplasia maligna

• Mastectomia radicale

ORTOPEDIA
• Disarticolazione interscapolo toracica.
• Emipelvectomia.
• Sostituzione totale di una delle seguenti articolazioni: anca, ginocchio, tibiotarsica, polso, spalla, gomito
• Amputazione di tumori ossei e forme pseudo tumorali vertebrali
• Artrodesi vertebrale per via anteriore o per spondilolistesi
• Ernia del disco dorsale per via trans-toracica
• Osteosintesi vertebrale
• Reimpianti di arto o suo segmento
• Ricostruzione del pollice in microchirurgia

OTORINOLARINGOIATRIA
• Faringo-laringectomia
• Laringectomia totale
• Asportazione dei tumori maligni delle cavità nasali e dei seni paranasali
• Exeresi di neurinoma dell'ottavo nervo cranico
• Interventi sull'ipofisi per via transfenoidale
• Orecchio: antro-atticotomia
• Resezione e plastiche tracheali per neoplasie maligne

PANCREAS – MILZA
• Anastomosi porta-cava, spleno-renale, mesenterico-cava
• Pancreasectomia parziale o totale
• Interventi per necrosi acuta del pancreas
• Interventi per fistole pancreatiche
• Derivazioni pancreato-Wirsung-digestive
• Interventi per tumori endocrini funzionali del pancreas

CHIRURGIA PEDIATRICA
• Interventi per atresia dell'ano
• Intervento per atresia congenita dell'esofago.
• Cisti e tumori del bambino di origine bronchiale enterogena e nervosa (simpatoblastoma)
• Fistola congenita dell'esofago
• Megacolon: operazione addomino perineale di Buhalen o Swenson
• Interventi di resezione per megauretere
• Nefrectomia per tumore di Wilms
• Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
• Interventi correttivi per palatoschisi

INTESTINO
• Colectomia totale
• Procto-colectomia con confezione di "reservoire"
• Intervento di asportazione di tumori retroperitoneali.

RETTO - ANO
• Amputazione del retto per via addomino-perineale

STOMACO – DUODENO
• Gastrectomia totale per neoplasia maligna
• Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-anastomotica

TORACE E CHIRURGIA TORACICA
- Interventi per fistole del moncone bronchiale dopo exeresi
- Pneumonectomia
- Resezione bronchiale con reimpianto
- Lobectomia
- Toracoplastica totale
- Timectomia per via toracica

UROLOGIA
- Cistectomia totale
- Intervento per fistola vescico-intestinale
- Nefrectomia allargata per neoplasia maligna
- Nefro-ureterectomia totale
- Prostatectomia radicale per neoplasia maligna
- Surrenectomia
- Uretero-entero-anastomosi.

CHIRURGIA VASCOLARE
- Interventi sull'aorta e sui grossi vasi arteriosi
- Interventi sui vasi intracranici
- Interventi che necessitano di circolazione extracorporea o cardioplegia
- Shunt venoso intraddominale (TIPSS)

TRAPIANTI
- Tutti

Allegato 2: Scheda riassuntiva

Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie che verranno concordate per le singole opzioni

N.B.: Se non diversamente indicato, i massimali si intendono per Anno/Nucleo e gli scoperti/franchigie per evento.

	Opzione:PACCHETTO € 720,00 PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO PRIMA DEL 17/11/10 E AD ADESIONE INDIVIDUALE PER IL PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO DOPO IL 17/11/10	**Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie**
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-A.1-B-C)	Massimale	**€ 300.000,00**
	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital Condizioni: - diretta - rimborso	 **100%** **Scoperto 25% min. € 1000 max € 5.000**
	Retta di degenza al rimborso Condizioni:	**100%**
	Pre/post	120/120
	Sub massimali (*) Parto fisiologico Parto Cesareo Chirurgia Refrattiva Int. Amb. (sia in forma diretta che rimborsuale)	 **€ 4.000, scoperto 10%** **€ 6.000** **€ 1.500 per occhio, scoperto 20%** **Franchigia € 150 per evento**
	Gravidanza	€ 1.600 scoperto 10% max rimborso € 200 per fattura
	Accompagnatore Italia/estero **Trasporto assistito** Italia/estero	 € 70/gg max 60 gg € 3.000
	Indennità sostitutiva Ricovero con/senza intervento Day Hospital	 € 100/gg max 250 gg. per persona € 60 al giorno

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (D-E-E.a-E.b-E.c-E.e-E.f-E.g-I-L)	
D- Specialistiche Extra-Ospedaliere	
Massimale	**€ 12.500**
- Alta diagnostica:	Da elenco
diretta	100%
rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
- Altra diagnostica/Analisi ed esami	
diretta	100%
rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
- Visite specialistiche comprese le pediatriche di cui sub-massimale € 1.000	scoperto 15% minimo € 20
- Protesi ortopediche ed apparecchi acustici	100%
Ticket	100%
E.a- Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici	
Massimale	**€ 2.500**
Condizioni:	
diretta	Scoperto 15% - limite € 250 per sinistro
rimborso	Scoperto 20% - limite € 200 per sinistro
E.b- Agopuntura	
Massimale	**€ 1.500**
Condizioni	Scoperto 25%
E.c- Lenti/Occhiali	
Massimale	**€ 800**
Condizioni:	
diretta	Scoperto 20% min € 20
rimborso	Scoperto 25% min € 50
E.e – Cure Dentarie da malattia	
Massimale	**€ 2.500**
Condizioni:	
nel network	100% garantite 1 visita + ablazione e RX gratuite anno/persona
rimborso	Scoperto 20%
Limite cumulativo	€ 1.250.000
E.f – Indennità Malattia Oncologica	
Massimale	**€ 4.000**
E.g – Medicina Preventiva (SOLO DIRETTA O SSN)	Da elenco
Massimale	**€ 700**
Condizioni	**Solo per il dipendente, esclusi i familiari**
I – Fecondazione eterologa	
Massimale	**€ 500**
L – Ulteriori Prestazioni	**Previste**

	Servizi Aggiuntivi Previmedical	Previsti

	Opzione: PACCHETTO € 700,00 AD ADESIONE INDIVIDUALE A FAVORE DEL PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO DOPO IL 17/11/10	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-A.1-B-C)	Massimale	€ 300.000,00
	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital Condizioni: - diretta - rimborso	 100% Scoperto 25% min. € 1000 max € 5.000
	Retta di degenza al rimborso Condizioni:	100%
	Pre/post	120/120
	Sub massimali (*) Parto fisiologico Parto Cesareo Chirurgia Refrattiva Int. Amb.(sia in forma diretta che rimborsuale)	 € 4.000, scoperto 10% € 6.000 € 1.500 per occhio, scoperto 20% Franchigia € 150 per evento
	PRESTAZIONI OSPEDALIERE (B)	
	Gravidanza	€ 1.600 scoperto 10% max rimborso € 200 per fattura
	PRESTAZIONI OSPEDALIERE (B)	
	Accompagnatore Italia/estero **Trasporto assistito** Italia/estero	 € 70/gg max 60 gg € 3.000
	PRESTAZIONI OSPEDALIERE (C)	
	Indennità sostitutiva Ricovero con/senza intervento Day Hospital	 € 100/gg max 250 gg. per persona € 60 al giorno

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (D-E-E.a-E.b-E.c-E.e-E.f-I-L)	PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
	D- Specialistiche Extra-Ospedaliere	
	Massimale	**€ 12.500**
	- Alta diagnostica:	Da elenco
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
	- Altra diagnostica/Analisi ed esami	
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
	- Visite specialistiche comprese le pediatriche di cui sub-massimale € 1.000	scoperto 15% minimo € 20
	- Protesi ortopediche ed apparecchi acustici	100%
	Ticket	100%
	E.a- Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici	
	Massimale	**€ 2.500**
	Condizioni:	
	diretta	Scoperto 15% - limite € 250 per sinistro
	rimborso	Scoperto 20% - limite € 200 per sinistro
	E.b- Agopuntura	
	Massimale	**€ 1.500**
	Condizioni	Scoperto 25%
	E.c- Lenti/Occhiali	
	Massimale	**€ 800**
	Condizioni:	
	diretta	Scoperto 20% min € 20
	rimborso	Scoperto 25% min € 50
	E.e – Cure Dentarie da malattia	
	Massimale	**€ 2.500**
	Condizioni:	
	nel network	100% garantite 1 visita + ablazione e RX gratuite anno/persona
	rimborso	Scoperto 20%
	Limite cumulativo	€ 1.250.000
	E.f – Indennità Malattia Oncologica	
	Massimale	**€ 4.000**
	I – Fecondazione eterologa	
	Massimale	**€ 500**
	L – Ulteriori Prestazioni	**Previste**
	Servizi Aggiuntivi Previmedical	**Previsti**

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento

	Opzione: PACCHETTO € 420,00 PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO DOPO IL 17/11/10	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-A.1-B-C)	Massimale	**€ 300.000,00**
	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital Condizioni: - diretta - rimborso	 100% Scoperto 25% min. € 1000 max € 5.000
	Retta di degenza al rimborso Condizioni:	100%
	Pre/post	120/120
	Sub massimali (*) Parto fisiologico Parto Cesareo Chirurgia Refrattiva Int. Amb. (sia in forma diretta che rimborsuale)	 € 4.000, scoperto 10% € 6.000 € 1.500 per occhio, scoperto 20% Franchigia € 150 per evento
	Gravidanza	€ 1.600 scoperto 10% max rimborso € 200 per fattura
	Accompagnatore Italia/estero **Trasporto assistito** Italia/estero	 € 70/gg max 60 gg € 3.000
	Indennità sostitutiva Ricovero con/senza intervento Day Hospital	 € 100/gg max 250 gg. per persona € 60 al giorno

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (D-E-E.a-E.b-E.c-E.e-I-L)	**D- Specialistiche Extra-Ospedaliere**	
	Massimale	**€ 12.500**
	- Alta diagnostica:	Da elenco
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
	- Altra diagnostica/Analisi ed esami	
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
	- Visite specialistiche comprese le pediatriche di cui sub-massimale € 1.000	scoperto 15% minimo € 20
	- Protesi ortopediche ed apparecchi acustici	100%
	Ticket	100%
	E.a- Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici	
	Massimale	**€ 2.500**
	Condizioni:	
	diretta	Scoperto 15% - limite € 250 per sinistro
	rimborso	Scoperto 20% - limite € 200 per sinistro
	E.b- Agopuntura	
	Massimale	**€ 1.500**
	Condizioni	Scoperto 25%
	E.c- Lenti/Occhiali	
	Massimale	**€ 800**
	Condizioni:	
	diretta	Scoperto 20% min € 20
	rimborso	Scoperto 25% min € 50
	E.e – Indennità Malattia Oncologica	
	Massimale	**€ 4.000**
	I – Fecondazione eterologa	
	Massimale	**€ 500**
	L – Ulteriori Prestazioni	**Previste**
	Servizi Aggiuntivi Previmedical	**Previsti**

	Opzione: PACCHETTO € 440,00 AD ADESIONE INDIVIDUALE A FAVORE DEL PERSONALE NON DIRIGENTE IN SERVIZIO ASSUNTO DOPO IL 17/11/10	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-A.1-B-C)	Massimale	**€ 300.000,00**
	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital Condizioni: - diretta - rimborso	 100% Scoperto 25% min. € 1000 max € 5.000
	Retta di degenza al rimborso Condizioni:	100%
	Pre/post	120/120
	Sub massimali (*) Parto fisiologico Parto Cesareo Chirurgia Refrattiva Int. Amb. (sia in forma diretta che rimborsuale)	 € 4.000, scoperto 10% € 6.000 € 1.500 per occhio, scoperto 20% Franchigia € 150 per evento
	Gravidanza	€ 1.600 scoperto 10% max rimborso € 200 per fattura
	Accompagnatore Italia/estero **Trasporto assistito** Italia/estero	 € 70/gg max 60 gg € 3.000
	Indennità sostitutiva Ricovero con/senza intervento Day Hospital	 € 100/gg max 250 gg. per persona € 60 al giorno

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (D-E-E.a-E.b-E.c-E.e-E.f-I-L)		
	PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
	D- Specialistiche Extra-Ospedaliere	
	Massimale	**€ 12.500**
	- Alta diagnostica:	Da elenco
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
	- Altra diagnostica/Analisi ed esami	
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
	- Visite specialistiche comprese le pediatriche di cui sub-massimale € 1.000	scoperto 15% minimo € 20
	- Protesi ortopediche ed apparecchi acustici	100%
	Ticket	100%
	E.a- Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici	
	Massimale	**€ 2.500**
	Condizioni:	
	diretta	Scoperto 15% - limite € 250 per sinistro
	rimborso	Scoperto 20% - limite € 200 per sinistro
	E.b- Agopuntura	
	Massimale	**€ 1.500**
	Condizioni	Scoperto 25%
	E.c- Lenti/Occhiali	
	Massimale	**€ 800**
	Condizioni:	
	diretta	Scoperto 20% min € 20
	rimborso	Scoperto 25% min € 50
	E.e – Indennità Malattia Oncologica	
	Massimale	**€ 4.000**
	E.f – Medicina Preventiva (SOLO DIRETTA O SSN)	Da elenco
	Massimale	**€ 700**
	Condizioni	**Solo per il dipendente, esclusi i familiari**
	I – Fecondazione eterologa	
	Massimale	**€ 500**
	L – Ulteriori Prestazioni	**Previste**
	Servizi Aggiuntivi Previmedical	**Previsti**

	Opzione: PACCHETTO € 900,00 A FAVORE DEL PERSONALE IN QUIESCENZA GIA' ASSICURATO IN QUALITA' DI PERSONALE IN QUIESCENZA ALLA DATA DEL 31/12/2013	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-A.1-B-C)	Massimale	€ 300.000,00
	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital Condizioni: - diretta - rimborso	 100% Scoperto 25% min. € 1000 max € 5.000
	Retta di degenza al rimborso Condizioni:	100%
	Pre/post	120/120
	Sub massimali (*) Parto fisiologico Parto Cesareo Chirurgia Refrattiva Int. Amb. (sia in forma diretta che rimborsuale)	 € 4.000, scoperto 10% € 6.000 € 1.500 per occhio, scoperto 20% Franchigia € 150 per evento
	Gravidanza	€ 1.600 scoperto 10% max rimborso € 200 per fattura
	Accompagnatore Italia/estero **Trasporto assistito** Italia/estero	 € 70/gg max 60 gg € 3.000
	Indennità sostitutiva Ricovero con/senza intervento Day Hospital	 € 100/gg max 250 gg. per persona € 60 al giorno

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (D-E-E.a-E.b-E.c-E.e-I-L)	**D- Specialistiche Extra-Ospedaliere**	
	Massimale	**€ 12.500**
	- Alta diagnostica:	Da elenco
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
	- Altra diagnostica/Analisi ed esami	
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
	Visite specialistiche comprese le pediatriche di cui sub-massimale € 1.000	scoperto 15% minimo € 20
	- Protesi ortopediche ed apparecchi acustici	100%
	Ticket	100%
	E.a- Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici	
	Massimale	**€ 2.500**
	Condizioni:	
	diretta	Scoperto 15% - limite € 250 per sinistro
	rimborso	Scoperto 20% - limite € 200 per sinistro
	E.b- Agopuntura	
	Massimale	**€ 1.500**
	Condizioni	Scoperto 25%
	E.c- Lenti/Occhiali	
	Massimale	**€ 800**
	Condizioni:	
	diretta	Scoperto 20% min € 20
	rimborso	Scoperto 25% min € 50
	E.e – Indennità Malattia Oncologica	
	Massimale	**€ 4.000**
	I – Fecondazione eterologa	
	Massimale	**€ 500**
	L – Ulteriori Prestazioni	**Previste**
	Servizi Aggiuntivi Previmedical	**Previsti**

	Opzione: PACCHETTO € 700,00 A	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie

	FAVORE DEL PERSONALE CHE PASSA DA ATTIVO A QUIESCENTE IN DATA POST 31/12/2013 (VALIDITA' PER IL PRIMO ANNO DI COPERTURA SUCCESSIVO ALLA DATA DI PENSIONAMENTO)	
PRESTAZIONI OSPEDALIERE (A-A.1-B-C)	Massimale	**€ 300.000,00**
	Ricovero con/senza intervento, Day Hospital Condizioni: - diretta - rimborso	 100% Scoperto 25% min. € 1000 max € 5.000
	Retta di degenza al rimborso Condizioni:	100%
	Pre/post	120/120
	Sub massimali (*) Parto fisiologico Parto Cesareo Chirurgia Refrattiva Int. Amb. (sia in forma diretta che rimborsuale)	 € 4.000, scoperto 10% € 6.000 € 1.500 per occhio, scoperto 20% Franchigia € 150 per evento
	Gravidanza	€ 1.600 scoperto 10% max rimborso € 200 per fattura
	Accompagnatore Italia/estero **Trasporto assistito** Italia/estero	 € 70/gg max 60 gg € 3.000
	Indennità sostitutiva Ricovero con/senza intervento Day Hospital	 € 100/gg max 250 gg. per persona € 60 al giorno

(*): a queste voci si applicano i medesimi limiti e franchigie di cui alla voce "Ricovero con o senza Intervento

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (D-E-E.a-E.b-E.c-E.e-I-L)	**PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE (D-E-E.a-E.b-E.c-E.e-I-L)**	
	D- Specialistiche Extra-Ospedaliere	
	Massimale	**€ 12.500**
	- Alta diagnostica:	Da elenco
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
	- Altra diagnostica/Analisi ed esami	
	diretta	100%
	rimborso	Scoperto 20% minimo € 50
	- Visite specialistiche comprese le pediatriche di cui sub-massimale € 1.000	scoperto 15% minimo € 20
	- Protesi ortopediche ed apparecchi acustici	100%
	Ticket	100%
	E.a- Trattamenti fisioterapici/cure termali/trattamenti psicoterapici	
	Massimale	**€ 2.500**
	Condizioni:	
	diretta	Scoperto 15% - limite € 250 per sinistro
	rimborso	Scoperto 20% - limite € 200 per sinistro
	E.b- Agopuntura	
	Massimale	**€ 1.500**
	Condizioni	Scoperto 25%
	E.c- Lenti/Occhiali	
	Massimale	**€ 800**
	Condizioni:	
	diretta	Scoperto 20% min € 20
	rimborso	Scoperto 25% min € 50
	E.e – Indennità Malattia Oncologica	
	Massimale	**€ 4.000**
	I – Fecondazione eterologa	
	Massimale	**€ 500**
	L – Ulteriori Prestazioni	**Previste**
	Servizi Aggiuntivi Previmedical	**Previsti**

GARANZIE ESTESE	[illegible]

	1 - Implantologia	
	Massimale	**illimitato**
	Condizioni	**Solo in rete, franchigia fissa € 1.000 ad impianto**
	2 - Avulsione	
	Massimale	**Illimitato**
	Condizioni	**Solo in rete, al 100%**
	3 – Emergenza odontoiatrica	(da elenco)
	Massimale	**Illimitato**
	Condizioni	**Solo in rete, al 100%**
	4 – Altre cure dentarie	
	Massimale	**Illimitato**
	Condizioni	**Solo in rete, al netto delle franchigie in Allegato 4 "Odontoiatria"**

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

Allegato 3

GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE
- REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE -

La presente guida descrive le procedure operative che gli Assistiti dovranno seguire per accedere alle prestazioni assicurate da RBM Salute.

Le prestazioni sono garantite attraverso **due regimi di erogazione**:

a) **assistenza sanitaria diretta**: è riconosciuta agli Assistiti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico;

b) **assistenza sanitaria rimborsuale**: è riconosciuto agli Assistiti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.
Inoltre, l'Assistito a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre specifica ed adeguata prova documentale all'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso.

Non sono ammesse 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.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, ne citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A

Nel caso in cui l'Assistito decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento (si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso), nei termini previsti dal Piano Sanitario.

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario avvalersi di medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia. Dette prestazioni devono essere effettuate esclusivamente presso un medico specialista, Centro Medico o presso un fisioterapista laureato in fisioterapia o un terapista della riabilitazione (se con titolo di studio considerato equipollente al diploma universitario secondo quanto previsto dal decreto del Ministero della Sanità)

In ogni caso, tutte le informazioni relative al Vostro Piano Sanitario sono disponibili e costantemente aggiornate anche sul sito internet www.rbmsalute.it.

Inoltre, sempre dal sito, previa autenticazione, si accede all'Area Riservata agli iscritti dove è possibile:

a) consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;

b) compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. A.3).

L'accesso all'Area Riservata è consentita agli Assistiti a cui preventivamente sono state rilasciate login e password.

Segnaliamo altresì che è possibile usufruire anche del servizio "SEGUI LA TUA PRATICA®", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

In particolare, il servizio garantisce una notifica a seguito delle seguenti attività:

a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;

b) eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;

c) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;

d) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

Per maggiori dettagli sull'attivazione del servizio si rinvia al successivo § II, lett. C., "SEGUI LA TUA PRATICA®".

Infine, è data l'opportunità agli Assistiti, qualora avessero interesse per una struttura sanitaria non attualmente rientrante nell'ambito del Network reso loro disponibile, di segnalare tale ente, affinché ne sia valutata la possibilità di convenzionamento; a tal fine, sarà sufficiente proporre la candidatura a Previmedical, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: **ufficio.convenzioni@previmedical.it**

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assistito **dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa** di Previmedical S.p.A., quale Service Amministrativo di RBM Salute, per ottenere la relativa autorizzazione.

A seguire, si fornisce il dettaglio dei passaggi procedurali da seguire, differenziati in ragione della tipologia di intervento richiesto.

In caso di mancata presentazione all'appuntamento si prega di darne pronta comunicazione alla Centrale Operativa.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, nè citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

A) RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di un ricovero o di essere sottoposto ad un intervento chirurgico, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800. 955.918** da telefono fisso (numero verde);
- **199. 28.77.13** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 0422.17.44.113** per chiamate dall'estero
- **e-mail:** assistenza.venetobanca@previmedical.it

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa con un preavviso di 48 ore lavorative.
Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assisterza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

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

Esempio – prestazioni ospedaliere - Qualora la richiesta di assistenza diretta ospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 10 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 7 giorni (di calendario) prima della data di ricovero o di intervento, ossia entro i 3 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 4 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative prima dell'evento.

In ogni caso, si precisa che nella fase di start up dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli Assistiti che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

La Centrale Operativa è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

L'Assistito dovrà **fornire alla Centrale Operativa** le seguenti informazioni:

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione.

L'Assistito **dovrà trasmettere via fax,** al numero **0422.17.44.633**, alla Centrale Operativa:

- prescrizione (compresa la prescrizione medica elettronica).
- diagnosi;
- certificato medico attestante la prestazione ospedaliera da effettuare;

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

- il referto del Pronto Soccorso, nel caso di infortunio, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata.

Si precisa che per i ricoveri e/o Day Hospital, non "resi necessari da malattia o infortunio", durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa o il codice di autorizzazione ricevuto tramite SMS.

L'Assistito 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, della relativa autorizzazione.

A.1.2 LA PREATTIVAZIONE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria area riservata dal sito www.rbmsalute.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'espresso consenso di Previmedical S.p.A.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della struttura sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.
Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".
A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile 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.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax **(0422.17.44.633)** allegando:

- prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto lo stesso dovrà essere oggettivamente documentabile. Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

Nel caso di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assistito potrà richiedere l'autorizzazione **entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero** e comunque prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata. Contestualmente l'Assistito dovrà provvedere ad inviare alla Centrale Operativa la documentazione come sopra indicato.

Resta inteso comunque 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 alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a strutture sanitarie convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo, se previsto dal proprio Piano Sanitario, nei termini e limiti da questo previsti.

A.2 LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo A.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, **l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata.**

Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A prestazione avvenuta, l'Assistito 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 dal Piano Sanitario di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc..

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della struttura sanitaria della fattura e della documentazione medica richiesta (prescrizione medica, diagnosi e/o quesito diagnostico, cartella clinica contenente anche l'anamnesi prossima e remota).

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

B) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

Prima di ricevere le prestazioni, l'Assistito **deve contattare preventivamente la Centrale Operativa**, per ricevere da quest'ultima l'autorizzazione ad usufruire della prestazione in regime di assistenza diretta; difatti poiché gli accordi con le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo è essenziale che si acceda agli operatori sanitari esclusivamente per il tramite della Centrale Operativa, in mancanza del quale l'accesso al regime di assistenza diretta non è consentito.

Per richiedere l'autorizzazione, l'Assistito dovrà contattare i seguenti numeri telefonici dedicati:

- **800. 955.918** da telefono fisso (numero verde);
- **199. 28.77.13** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 0422.17.44.113** per chiamate dall'estero
- **e-mail:** assistenza.venetobanca@previmedical.it

L'autorizzazione va richiesta alla Centrale Operativa di Previmedical con un preavviso di 48 ore lavorative.

Resta inteso che la richiesta dovrà pervenire alla Centrale Operativa con un tempo congruo di preavviso, in relazione alla specifica tipologia di prestazione/intervento richiesto.

La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.
Esempio – prestazioni extraospedaliere - Qualora la richiesta di assistenza diretta extraospedaliera pervenga alla Centrale Operativa 5 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa comunica all'Assistito l'esito della valutazione entro 3 giorni (di calendario) prima della data della prestazione extraospedaliera, ossia entro i 2 giorni successivi alla richiesta. Qualora la richiesta pervenga 3 giorni (di calendario) prima dell'evento, la Centrale Operativa garantisce risposta sull'esito della valutazione purché la richiesta pervenga entro 48 ore lavorative prima dell'evento.
In ogni caso, si precisa che nella fase di start up dei Piani Sanitari potrebbe non essere possibile rispettare i predetti livelli di servizio fino a che il processo di acquisizione delle anagrafiche non risulterà completato. A tal fine si invitano tutti gli assicurati che intendano usufruire di una prestazione in regime di assistenza DIRETTA a contattare con il massimo preavviso la Centrale Operativa.

La Centrale Operativa di Previmedical è a disposizione degli Assistiti 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.

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

- cognome e nome della persona che deve effettuare la prestazione;
- recapito telefonico della persona che deve effettuare la prestazione;
- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico

La Centrale Operativa, verifica la posizione del richiedente da un punto di vista amministrativo, accertando, attraverso il proprio database gestionale, i seguenti dati:

- l'anagrafica dell'interessato;

- lo "status" dell'Assistito (inclusione in copertura e verifica regolarità contributiva dell'Assistito).

La Centrale Operativa, esperiti i controlli di natura amministrativa, procede alla valutazione tecnico-medica della richiesta avanzata, effettuando la pre-analisi della documentazione medica comunicata telefonicamente dall'Assistito (valutando, a titolo esemplificativo, l'inclusione della prestazione richiesta nel Piano Sanitario di riferimento dell'Assistito, i massimali residui, ecc.).

Ai fini della predetta analisi, la Centrale Operativa si riserva, ove necessario, di richiedere all'Assistito l'invio, a mezzo fax, della predetta documentazione medica oggetto d'analisi (certificato medico indicante la diagnosi e/o quesito diagnostico).

L'autorizzazione sarà rilasciata dalla Centrale Operativa nei termini e limiti previsti dal Piano Sanitario all'Assistito solo se superati positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata. Ad esempio in caso di richiesta di visite specialistiche non saranno riconosciute le prestazioni effettuate da medici generici.

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo fax o sms o flusso web. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax, telefono o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche "non convenzionali" (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

In sede di accesso alla Struttura Convenzionata, l'Assistito, per poter ricevere la prestazione autorizzata, dovrà esibire l'autorizzazione ricevuta dalla Centrale Operativa e la prescrizione medica.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, ne citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

L'Assistito 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, della relativa autorizzazione.

B.1.2 LA PREATTIVAZIONE

L'Assistito, qualora disponga di un accesso ad internet, può effettuare la preattivazione con modalità telematiche accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.rbmsalute.it - AREA ISCRITTO, avvalendosi delle funzionalità interattive disponibili nella sezione denominata "Richiesta di Autorizzazione Assistenza Convenzionata On-line".

L'iscritto deve selezionare l'Assistito per il quale intende richiedere una prestazione sanitaria, cliccando sul nominativo del soggetto interessato.

Effettuata la scelta del soggetto per il quale si intende richiedere la prestazione, l'Assistito avrà accesso ad una maschera ove poter impostare i criteri di ricerca della Struttura Sanitaria presso la quale ricevere la prestazione; a tal fine, l'Assistito deve indicare obbligatoriamente:

- la tipologia di struttura sanitaria cui intende rivolgersi (ambulatorio, clinica, dentista, laboratorio, etc.);
- la provincia ove è ubicata la struttura.

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;
- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

La ricerca della struttura sanitaria sarà effettuata dal sistema sulla base dei dati inseriti dall'iscritto.

Terminata la compilazione della maschera di ricerca, l'Assistito potrà visualizzare l'elenco delle Strutture appartenenti alla tipologia richiesta facenti parte del Network, con possibilità di selezione di quella prescelta.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A

Il sistema consente di avviare on-line la procedura di preattivazione mediante compilazione di appositi campi visualizzabili nella sezione denominata "Richiesta assistenza convenzionata on-line".

A questo punto l'Assistito, premendo il pulsante di conferma, invia alla Centrale Operativa la richiesta di preattivazione.

B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile 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.

Per l'attivazione della procedura d'urgenza, dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui è eseguita la prestazione.

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax (**0422.17.44.633**) allegando:

- prescrizione medica (compresa la prescrizione medica elettronica) contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti

La Centrale Operativa si impegna a gestire le richieste con carattere di urgenza che pervengano entro le 24 ore lavorative di preavviso; la Centrale Operativa si impegna altresì a gestire le richieste urgenti che pervengano con un preavviso inferiore alle 24 ore, senza in tale ipotesi poter garantire il buon esito dell'attivazione.

Resta inteso comunque 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 alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, ne citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A

B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

Qualora l'Assistito acceda a Strutture Sanitarie Convenzionate senza ottemperare agli obblighi di attivazione preventiva della Centrale Operativa, la prestazione si considererà ricevuta in regime di assistenza sanitaria in forma rimborsuale, con pagamento anticipato da parte dell'Assistito e rimborso al medesimo previa detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

B.2 LA PRENOTAZIONE

Ferma rimanendo la necessità di ottenere preventivamente l'autorizzazione da parte della Centrale Operativa, di cui al precedente paragrafo B.1, con riferimento alla prenotazione delle prestazioni, l'Assistito potrà effettuarla per il tramite della Centrale Operativa, ovvero contattando direttamente la Struttura Convenzionata. Nell'ipotesi in cui la prenotazione sia effettuata dalla Centrale Operativa, quest'ultima provvederà a fornire all'Assistito un'informativa telefonica, a mezzo fax, e-mail o sms della prenotazione effettuata.

DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE

A prestazione avvenuta, l'Assistito 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 dal Piano Sanitario di riferimento). **Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**

L'Assistito riceverà idonea attestazione comprovante l'avvenuta liquidazione.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto riconosciuto dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

A.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, 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 ed allegare *in fotocopia* la seguente documentazione giustificativa:**

- ***documentazione medica***

a) **prescrizione** (compresa la prescrizione medica elettronica) con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).
Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.
Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.
La prescrizione deve essere stata predisposta da un medico;

b) **cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital).
Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

c) **relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;

d) **certificato del medico oculista** o dell'optometrista regolarmente abilitato, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previste dall'opzione prescelta). Si precisa che andrà specificato (dal medico oculista o optometrista) se si tratta di prescrizione per prime lenti. quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

- ***documentazione di spesa quietanzata*** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, 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) e dotata di direzione sanitaria. 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 e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

Ai fini di una corretta valutazione delle richieste di rimborso o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, rimane la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.

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.

La somma spettante all'Assistito è calcolata con detrazione di eventuali scoperti/franchigie/limiti di indennizzo.

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito 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.
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);

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni altro diritto altrimenti previsto dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto inerente alla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o rielaborati, anche parzialmente, senza l'espresso consenso di Previmedical S.p.A.

- 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 Condizioni Generali di Assicurazione (CGA)

A.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

L'Assistito, ricevuta la prestazione, dovrà compilare il Modulo di richiesta di rimborso reperibile sul sito internet **www.rbmsalute.it** (sezione: Modulistica) compilandolo in ogni sua parte ed allegando ***fotocopia*** della documentazione giustificativa di cui sopra.

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

RBM Salute S.p.A.

Casella Postale n. 67

31021 Mogliano Veneto (TV)

A.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

In alternativa alla procedura di cui alla precedente lettera A.2, l'Assistito, se in possesso dei dati di accesso (login e password) potrà **trasmettere on-line le proprie richieste di rimborso** delle prestazioni sanitarie ricevute, **unitamente alla relativa documentazione medica e di spesa.** A tal fine l'Assistito dovrà accedere alla propria area riservata dal sito **www.rbmsalute.it** (AREA RISERVATA).

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione nonché ogni ulteriore diritto riconosciuto dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che consente di considerarla giuridicamente equivalente all'originale. La Compagnia 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.
La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

A.4 LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

Alternativamente ai modelli di trasmissione sopra descritti l'Assistito, accedendo alla propria area riservata dal sito **www.rbmsalute.it** (AREA RISERVATA), può accedere alle funzionalità di richiesta on-line del rimborso. Detta funzionalità consente di effettuare la compilazione del modulo di rimborso con modalità telematiche. La compilazione del modulo è guidata e consente l'indicazione da parte dell'iscritto di tutte le informazioni utili ai fini di procedere alla liquidazione dei rimborsi relativi alle prestazioni effettuate.

Al termine della compilazione on-line del modulo di rimborso, l'iscritto dovrà procedere alla stampa ed alla sottoscrizione dello stesso ed alla sua successiva trasmissione unitamente alla documentazione delle spese per le quali viene avanzata richiesta di rimborso.
A seguito della stampa del modulo, la richiesta effettuata (che potrà essere annullata in giornata da parte dell'Assistito) sarà gestita presso la Centrale Operativa, che rimarrà in attesa di ricevere la versione cartacea del modulo, congiuntamente alla prescritta documentazione, per procedere all'avvio della fase liquidativa.
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 § II, lett. A.2).

B. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito internet **www.rbmsalute.it** (AREA RISERVATA), l'iscritto, previa autenticazione, può accedere altresì alla funzionalità di consultazione on-line dello stato di elaborazione della propria pratica di rimborso.

In particolare, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

- data rimborso;

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

- tipologia prestazione medica;
- persona interessata (iscritto o familiare);
- totale rimborso.

C. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio **"SEGUI LA TUA PRATICA"**; l'Assistito dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso. In questo modo, l'Assistito riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione. In particolare, a seguito dell'attivazione del servizio, l'Assistito riceverà una notifica di aggiornamento dello stato di elaborazione della sua pratica in relazione ai seguenti step operativi del processo di pagamento rimborsi:

- avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.

D. ACCESSO A "GATE 179"

Accedendo alla propria Area Riservata dal sito www.rbmsalute.it - AREA POLIZZE, l'Assistito può consultare 24 ore su 24 le proprie coperture attive, le condizioni contrattuali e monitorare lo stato dei pagamenti e delle prossime scadenze, tenendo in tal modo costantemente sotto controllo la propria posizione assicurativa con garanzia della tutela della riservatezza delle informazioni rese disponibili mediante tale strumento.

L'applicazione web di RBM Salute per l'accesso a questi dati si chiama "GATE 179".

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

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, diffusione, distribuzione e alienazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati, anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A

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

Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile).
Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

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

E. ACCESSO AI SERVIZI TRAMITE APP MOBILE DI RBM SALUTE

RBM Salute rende disponibile una APP Mobile proprietaria 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 Previmedical;
visualizzazione dello status e dei dettagli inerenti le proprie pratiche;
pre-attivazione delle prestazioni presso le strutture convenzionate (regime di assistenza diretta).
Coloro che sono già registrati nell'AREA RISERVATA come utenti per la gestione on line dei sinistri – AREA ISCRITTO - potranno utilizzare le medesime credenziali di accesso che possiedono per accedere ai servizi tramite APP Mobile di RBM Salute, in caso contrario dovranno essere richieste login e password per poter accedere all'Area Riservata.

Il presente documento è di proprietà esclusiva di Previmedical S.p.A., che ne detiene tutti i diritti di riproduzione, distribuzione e divulgazione, nonché ogni ulteriore diritto individuato dalla vigente normativa in materia di diritto d'autore. Il presente documento ed il suo contenuto non possono pertanto essere ceduti, copiati, diffusi o riprodotti, né citati, sintetizzati, o modificati anche parzialmente, senza l'esplicito consenso di Previmedical S.p.A.

F. SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

Per accedere ai **servizi aggiuntivi** previsti dal Piano Sanitario, l'Assistito deve contattare la Centrale Operativa per conoscere le relative modalità di accesso e le condizioni applicate.

G. SERVIZIO CARD ELETTRONICA

Nel caso di prestazioni non previste dal proprio piano sanitario e/o in caso di superamento dei massimali previsti dalla copertura sanitaria, l'Assistito potrà accedere tramite apposita Card elettronica al network convenzionato Previmedical giovando di tariffe agevolate[1] per le prestazioni convenzionate.

Nel sito web è visualizzabile l'elenco delle strutture aderenti al circuito Card, suddivise per regione e provincia. Tali informazioni potranno altresì essere reperite contattando la Centrale Operativa.

Per giovare dell'applicazione delle tariffe agevolate, l'Assistito dovrà farsi identificare dalla struttura prescelta, al momento della prenotazione della prestazione nonché all'accettazione, esibendo la propria Card RBM Assicurazione Salute-Previmedical.

La Card elettronica è nominativa e scaricabile attraverso la APP Mobile RBM Salute.
Con il primo accesso all'area riservata, attraverso un flag dedicato alle card, gli assistiti potranno esprimere la scelta di ricevere la card plastificata al domicilio. Qualora non si esprima alcuna scelta, sarà ritenuta opzionata la card elettronica.

[1] *In tali ipotesi l'Assistito sosterrà in proprio le spese e non potrà chiederne il rimborso.*

Allegato 4

"ODONTOIATRIA"

ALTRE CURE DENTARIE E PROTESI ODONTOIATRICHE		
PRESTAZIONE	INDENNIZZO	QUOTA A CARICO ISCRITTO (franchigia)
CONTROLLO ODONTOIATRICO		
Visita Orale di controllo periodica	100%	€ 45,00
CONSERVATIVA		
Intarsio L.P. - Inlay od onlay	100%	€ 250,00
Intarsio in ceramica	100%	€ 300,00
Intarsio in composito	100%	€ 200,00
Ricostruzione di angoli	100%	€ 70,00
Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) ed otturazione cavo pulpare	100%	€ 70,00
Ritrattamento monocanalare (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	100%	€ 100,00
Ritrattamento canalare (prestazione a due canali)(comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	100%	€ 150,00
Ritrattamento canalare (prestazione a tre canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	100%	€ 195,50
Ritrattamento canalare (prestazione a quattro canali) (comprese RX e qualunque tipo di otturazione)	100%	€ 290,00
CHIRURGIA		
Rimozione chirurgica di dente rotto	100%	€ 80,00
Estrazione semplice	100%	€ 50,00
Estrazione complicata o in inclusione ossea	100%	€ 130,00
Intervento per flemmone delle logge perimascellari	100%	€ 73,00
Apicectomia (compresa cura canalare)	100%	€ 155,00
Rizectomia e/o rizotomia (compreso lembo d'accesso) - come unico intervento	100%	€ 100,00
Asportazione cisti mascellari	100%	€ 259,00

Asportazione di epulide	100%	€ 93,00
Intervento chirurgico preprotesico (level. Cresta alveolari, eliminazione sinechie mucose, frenulectomia, ecc.)	100%	€ 130,00
Asportazione di cisti mucose o piccole neoplasie benigne della lingua, delle guance,de palato, ecc.	100%	€ 207,00
Disinclusione denti ritenuti (per ciascun elemento)	100%	€ 181,00
Frenulotomia o frenulectomia	100%	€ 37,00
Biopsie (qualunque numero)	100%	€ 52,00
PROTESICA		
Protesi parziale definitiva rimovibile (per emiarcata - compresi ganci ed elementi)	100%	€ 225,00
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensiva di ganci ed elementi (per emiarcata) propedeutica a	100%	€ 110,00
Protesi mobile totale per arcata con denti in resina o ceramica	100%	€ 850,00
ALTRE CURE DENTARIE E PROTESI ODONTOIATRICHE		
Protesi totale immediata (per arcata)	100%	€ 250,00
Gancio su scheletrato	100%	€ 40,00
Singolo attacco di semiprecisione/precisione in LNP	100%	€ 150,00
Apparecchio scheletrato (struttura LNP O LP, comprensivo di elementi - per arcata)	100%	€ 800,00
Riparazione di protesi rimovibile (qualsiasi tipo)	100%	€ 60,00
Corona protesica in L.N.P. e ceramica	100%	€ 395,50
Corona in L.P. e ceramica integrale	100%	€ 500,00
Corona protesica in ceramica integrale	100%	€ 600,00
Corona protesica provvisoria semplice in resina	100%	€ 50,00
Perno moncone e/o ricostruzione con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.	100%	€ 135,00
Riparazione protesi mobile in resina o scheletrata	100%	€ 60,00

Aggiunta elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	100%	€ 55,00
Ribasatura definitiva protesi totale superiore/inferiore - tecnica diretta/indiretta	100%	€ 160,00
Corona fusa in L.P./L.N.P./L.N.P. e resina	100%	€ 340,00
Corona a giacca in resina (per elemento definitivo)	100%	€ 189,00
Corona fusa LP o LP e faccetta in resina o LP e faccetta in resina fresata (per elemento)	100%	€ 350,00
Corona provvisoria armata (LNP o LP - per elemento)	100%	€ 55,00
Corona provvisoria in resina - indiretta (per elemento)	100%	€ 35,00
Ricostruzione moncone in materiale composito, cvi, amalgama (per elemento)	100%	€ 70,00
Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte	100%	€ 20,00
Riparazione di faccette in resina o ceramica	100%	€ 50,00
ORTOGNATODONZIA		
Terapia ortodontica con apparecchiature fisse (escluso apparacchio invisalign) per arcata per anno	100%	€ 1.000,00
Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno	100%	€ 690,00
Visita ortodontica (prima visita) incluso rilievo per impronte per modelli di studio	100%	€ 70,00
Bite notturno	100%	€ 250,00
IGIENE ORALE E PARODONTOLOGIA		
Levigatura delle radicie/o courettage gengivale	100%	€ 45,00
Profilassi dentale (lucidatura)	100%	€ 25,00
ALTRE CURE DENTARIE E PROTESI ODONTOIATRICHE		
Trattamento chimico dell'ipersensibilità e profilassi carie con applicazioni topiche oligoelementi (per arcata)	100%	€ 25,00

Applicazione topica di fluoro (unica prestazione)	100%	€ 20,00
Legature dentali extra/intra coronali (per 4 denti)	100%	€ 120,00
Placca di svincolo	100%	€ 217,00
Molaggio selettivo parziale (per seduta - max 3)	100%	€ 52,00
Gengivectomia (per quadrante come unica prestazione)	100%	€ 175,00
Gengivectomia per dente	100%	€ 50,00
Chirurgia gengivale, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	100%	€ 186,00
Chirurgia muco gengivale o abbassamento di fornice, per arcata (incluso qualsiasi tipo di lembo, inclusa sutura)	100%	€ 259,00
Amputazioni radicolari (per radice escluso il lembo di accesso)	100%	€ 100,00
Chirurgia ossea (incluso il lembo di accesso, inclusa sutura) trattamento completo per quadrante	100%	€ 326,00
Innesto autogeno (sito multiplo incluso lembo di accesso)	100%	€ 388,00
Innesto di materiale biocompatibile (qualunque numero o sede degli impianti)	100%	€ 434,00
Lembo gengivale semplice	100%	€ 200,00
Lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti muco gengivali - per 4 denti	100%	€ 260,00
DIAGNOSTICA		
Radiografia endorale (ogni due elementi)	100%	€ 16,00
Radiografia endorale per arcate	100%	€ 42,00
Bite Wing	100%	€ 20,00
Radiografia: per ogni radiogramma in più	100%	€ 11,00
Ortopantomografia od ortopanoramica	100%	€ 30,00
Teleradiografia	100%	€ 42,00
Dentalscan 1 arcata	100%	€ 181,00
Dentalscan 2 arcate	100%	€ 259,00
Esame elettromiografico	100%	€ 180,00
Esame Kinesiografico	100%	€ 200,00

AssicurazioneSalute

ALLEGATO 5

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

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

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

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

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali
I dati, forniti da Lei o da altri soggetti(3), sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.
I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.
I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti, facenti parte del settore assicurativo o ad esso correlati, con funzioni di natura tecnica, organizzativa e operativa(4). Tali soggetti tratteranno i Suoi dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.
I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Cookies
Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. 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.

Diritti dell'interessato(5)
Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A. che si avvale di Responsabili.
Lei ha il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile. Lei ha anche il diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei Suoi dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati; ha inoltre il diritto di ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco e di opporsi al loro trattamento.
Per l'esercizio dei suoi diritti ai sensi dell'art.7 del Codice e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al responsabile designato per il riscontro all'interessato inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'ufficio privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

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

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

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

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

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

Note

1) L'art. 4, comma 1 lett. d) del Codice definisce "sensibili" i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

2) Ad esempio lo prevede la disciplina contro il riciclaggio.

3) Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

4) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "*catena assicurativa*": agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).

5) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può sempre essere esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

RBM 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

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

direzionecommerciale@rbmsalute.it - info@rbmsalute.it - rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it - www.rbmsalute.it

ALLEGATO N. 6

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

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

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

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

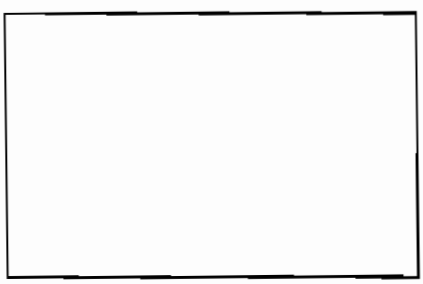
Qualora la procedura di autoregistrazione non riuscisse, login e password per accedere all'Area Riservata potranno essere richieste al servizio di Help Desk, scrivendo all'indirizzo e-mail assistenza@rbmsalute.it o contattando il numero 199 288 050 (numero a pagamento per il solo costo di tariffazione ordinaria del proprio operatore telefonico per chiamate da rete fissa e mobile).
Il servizio di Help Desk è attivo dalle 9:00 alle 12:30 e dalle 14:30 alle 17:30.

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

Consigliere Delegato
RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

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 € 60.000.000 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).