

Copertura Sanitaria Cassa RBM Salute

Contratto di Assicurazione per il rimborso
delle spese mediche da malattia e da infortunio redatto secondo le
Linee Guida emanate da ANIA ad esito del Tavolo di lavoro
“Contratti Semplici e Chiari” (06 febbraio 2018)
per dipendenti in servizio, e relativo nucleo, del Consiglio Nazionale
delle Ricerche

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

**Prima della sottoscrizione leggere attentamente le condizioni
di assicurazione**

MODELLO FI1910
Edizione 03/2020

RBM Assicurazione Salute S.p.A. - Socio Unico

SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 36:

- SEZIONE I

-
- Glossario *da pag. 1*
-
- Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 5*
-
- Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 7*
-

- SEZIONE II

-
- Capitolo 1 - Prestazioni assicurate - *da pag. 12*
-
- Capitolo 2 - Esclusioni - *da pag. 27*
-
- Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 28*
-

Allegati:

-
- 1) Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie
-
- 2) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac-simile)
-

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

Sezione I

GLOSSARIO

Il Glossario è parte integrante delle Condizioni di assicurazione. I seguenti termini ed espressioni sono usati secondo queste definizioni.

Accertamento diagnostico: prestazione medica strumentale atta a ricreare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Assicurato: soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione: la copertura sanitaria.

Assistenza diretta: regime per cui l'Assicurato

- attiva la centrale operativa
- accede quindi alle prestazioni sanitarie con utilizzo di strutture sanitarie convenzionate

RBM Salute paga direttamente le strutture sanitarie convenzionate per le prestazioni in copertura; restano a carico dell'Assicurato eventuali somme da pagare alle strutture convenzionate, alle condizioni e nei limiti stabiliti dalle CDA.

Associato: Consiglio Nazionale delle Ricerche, via Piazzale Aldo Moro, 7 00185 Roma, associato alla Cassa.

Carenza: periodo compreso tra la stipula del contratto assicurativo e l'attivazione delle coperture.

Cartella clinica: insieme dei documenti ufficiali 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, lettera di dimissioni e Scheda di Dimissione Ospedaliera (S.D.O.). La lettera di dimissioni e la S.D.O. non sostituiscono la cartella clinica completa.

Cassa/Fondo: CASSA RBM SALUTE, via E. Forlanini 24, 31022 Preganziol (TV) – Loc. Borgo Verde, C.F. 97607920150; ha finalità assistenziale ed è abilitata¹ a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario per gli aspetti fiscali e contributivi (deducibilità del contributo ad essa versato, nei limiti ed alle condizioni normative tempo per tempo vigenti).

CDA: Condizioni di assicurazione.

Centro medico: struttura, anche non adibita al ricovero,

- organizzata, attrezzata e autorizzata a erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi)
- dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri
- non finalizzata a trattamenti estetici.

Certificato di assicurazione: documento che contiene gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, premio, dati dell'Aderente, soggetti assicurati, ecc).

CNR: Consiglio Nazionale delle Ricerche

¹ Art 51 del D.P.R. n. 917/1986.

Contraente: CASSA RBM SALUTE, che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

Day Hospital: le prestazioni sanitarie relative a terapie chirurgiche e mediche praticate in Istituto di cura in regime di degenza diurna e documentate da cartella clinica con scheda nosologica.

Difetto fisico: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Evento e Data Evento:

- **Prestazioni ospedaliere:** singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie), comprensivo delle prestazioni ad esso correlate (pre e post e, per gli interventi chirurgici odontoiatrici, implantologia post-chirurgica).
N.B.: in presenza di due o più cartelle cliniche, anche se relative ad un ricovero per il quale è stato disposto il trasferimento senza soluzione di continuità, da un reparto all'altro o da una struttura ad un'altra, gli eventi sono due o più e considerati distinti.
Data evento: data del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni extraospedaliere:** accertamenti, visite ed esami, per la stessa patologia, inviati contemporaneamente.
Data evento: data della prima prestazione sanitaria per lo specifico evento.
- **Prestazioni fisioterapiche:** ogni singola prestazione fisioterapica.
Data evento: data della singola prestazione fisioterapica per lo specifico evento.
- **Prestazioni odontoiatriche:** ogni singola prestazione odontoiatrica.
Data evento: data della singola prestazione odontoiatrica per lo specifico evento.
- **Cure Oncologiche:** ogni singola prestazione oncologica.
Data evento: data della singola prestazione oncologica per lo specifico evento.

Franchigia (o minimo non indennizzabile): la somma determinata in misura fissa che rimane a carico dell'Assicurato. Qualora venga espressa in giorni, il numero dei giorni per i quali non viene corrisposto all'Assicurato l'importo garantito.

Indennità sostitutiva: importo giornaliero erogato da RBM Salute in caso di ricovero e day hospital, corrisposto in assenza di richiesta di rimborso delle spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero o il day hospital stesso o comunque ad esso connesse.
In caso di day hospital l'indennità non è dovuta.

Indennizzo: la somma dovuta da RBM Salute in caso di sinistro.

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

Intervento chirurgico: qualsiasi atto cruento, manuale o strumentale, eseguito a fini terapeutici.

Intervento chirurgico ambulatoriale: prestazione chirurgica che, per la tipologia ambulatoriale dell'atto, non richiede la permanenza in osservazione nel post-intervento.

Istituto di cura: ospedale, clinica o istituto universitario, casa di cura, regolarmente autorizzato dalle competenti Autorità, in base a requisiti di legge, all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna, con esclusione degli stabilimenti termali, delle case di convalescenza e di soggiorno e delle cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche.

Lungodegenza (o lunga degenza): ricovero per ragioni essenzialmente assistenziali o fisioterapiche di mantenimento, con condizioni fisiche dell'Assicurato tali da non poter guarire con trattamenti medici.

Malattia: qualunque alterazione dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, anche non dipendente da infortunio.

Malformazione: deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale: l'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che RBM Salute si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente a RBM Salute.

Presidio (o ausilio) medico ortopedico: strumento o manufatto che sostiene, supplisce, aumenta o migliora una funzione insufficiente o compromessa di parti anatomiche (per esempio: plantari, tutori, busti ortopedici, carrozzine, stampelle ecc.).

Protesi acustica (apparecchio acustico): dispositivo elettronico esterno indossabile, che amplifica o modifica il messaggio sonoro per correggere la qualità e la quantità del difetto uditivo causato da fatti morbosì, con carattere di stabilizzazione clinica.

Protesi ortopediche: sostituzione artificiale di parte degli arti del corpo.
Sono escluse, per esempio, le ortesi (come tutori, busti, ginocchiere, plantari).

Questionario sanitario: documento che descrive storia clinica e stato di salute dell'Assicurato

- sulla base delle risposte che fornisce
- da lui sottoscritto o da chi ne esercita la potestà.

Costituisce parte integrante della Polizza.

RBM Salute: RBM Assicurazione Salute S.p.A, Compagnia di Assicurazione che assume il rischio delle prestazioni.

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

Retta di degenza: trattamento alberghiero e assistenza medico infermieristica.

Ricovero: la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento.

Rimborso: la somma che RBM Salute deve in caso di sinistro, a fronte di spese sostenute dall'Assicurato e previste dalla polizza.

Scoperto: la somma espressa dal valore percentuale che rimane a carico dell'Assicurato.

Sinistro: il verificarsi del ricovero in Istituto di Cura o della degenza in day hospital o dell'intervento chirurgico in ambulatorio, nonché delle altre prestazioni mediche garantite da contratto assicurativo, reso necessario da malattia, infortunio e parto.

Struttura sanitaria convenzionata: istituto di cura, poliambulatorio, centro specialistico con cui RBM Salute ha definito un accordo per il pagamento diretto delle prestazioni.

Tecniche di comunicazione a distanza

tecniche di contatto che non comportano la presenza fisica e simultanea di personale della Compagnia e del Contraente/Assicurato (es. email).

Trattamenti fisioterapici e riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa per recuperare funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili come da Polizza. Devono essere effettuati **solo in Centri medici**, da:

- medico specialista
- fisioterapista (laurea in fisioterapia conseguita dopo il 17 marzo 1999 o diploma universitario in fisioterapia o diploma universitario di fisioterapista conseguiti dal 1994 al 2002, fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge)
- Fisiokinesiterapista, Terapista della riabilitazione, Tecnico fisioterapista della riabilitazione, Terapista della riabilitazione dell'apparato motore, Massofisioterapista diplomati entro il 17 marzo 1999 con corso iniziato entro il 31 dicembre 1995 (fatti salvi ulteriori requisiti richiesti dalla legge).

Non rientrano nella definizione, e quindi sono escluse dalla copertura assicurativa, le prestazioni:

- per problematiche estetiche
- eseguite con metodiche che abbiano finalità estetica (ad esempio la mesoterapia a fini estetici)
- per finalità di mantenimento.

Visita specialistica: prestazione sanitaria effettuata da medico specializzato, per diagnosi e prescrizioni coerenti con la specializzazione.

Sono ammesse solo le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, e da altri professionisti (per esempio il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni su RBM Salute

Iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione. Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007².

Sito: www.rbmsalute.it

Mail: info@rbmsalute.it

PEC: rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

Sede legale e direzione generale

via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde - Preganziol (TV)
tel. 0422 062700

Sede secondaria

via Victor Hugo 4, 20123 Milano
tel. 02 91431789

Art. 2. Situazione patrimoniale al 31 dicembre 2018³

Patrimonio netto:	€ 230.873.414,00
di cui	
- capitale sociale:	€ 120.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 73.765.532,00

Indice di solvibilità⁴: 175% (189% al netto dell'add on di capitale)

Art. 3. Carenza contrattuale

Non prevista.

Art. 4. Indicizzazione dei premi e delle somme assicurate

I premi e le somme assicurate non sono indicizzati.

Art. 5. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive dopo 1 anno dalle singole scadenze⁵.

Gli altri diritti che derivano dal contratto si prescrivono dopo 2 anni dal giorno del sinistro.

Art. 6. Reclami

6.1 Come fare reclamo

I reclami sul contratto o su un servizio assicurativo devono essere scritti e inviati a RBM Salute a scelta:

- compilando il modulo on line (www.rbmsalute.it/reclami),
- per posta ordinaria o raccomandata: RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Via E. Forlanini, 24 - 31022 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde
- per fax: 0422/062909
- per mail: reclami@rbmsalute.it.

Se non si usa il modulo on line, per ricevere una risposta chiara e completa è necessario indicare nel reclamo:

- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato

² G.U. 255 del 2 novembre 2007.

³ I dati patrimoniali (patrimonio netto, capitale sociale, riserve e indice di solvibilità) sono aggiornati ogni anno, dopo l'approvazione del bilancio, su www.rbmsalute.it (sezione Informazioni Societarie).

⁴ L'indice di solvibilità è il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa.

⁵ Art. 2952 del Codice civile.

- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega firmata dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità
- numero di pratica
- esposizione sintetica e completa dei fatti e delle ragioni del reclamo.

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

Controversie sulla quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità

- È competente solo l'Autorità Giudiziaria
- È possibile tuttavia ricorrere a sistemi conciliativi, se esistono.

Liti transfrontaliere

Chi ha domicilio in Italia può presentare reclamo a IVASS o al sistema estero competente (elenco su www.ec.europa.eu/fin-net) chiedendo di attivare la procedura FIN-NET.

6.2 Risposte al reclamo

RBM Salute risponde al reclamo **entro 45 giorni** dalla data di ricevimento.

Se chi fa reclamo non è soddisfatto della risposta, o non la riceve entro i 45 giorni, prima di interessare l'Autorità giudiziaria può:

- rivolgersi a IVASS via del Quirinale, 21 - 00187 Roma
fax: 06.42133206
pec: ivass@pec.ivass.it
informazioni su www.ivass.it
- ricorrere alla procedura di mediazione obbligatoria⁶ per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi a un Organismo di Mediazione accreditato al Ministero della Giustizia
- ricorrere agli altri sistemi alternativi per la risoluzione delle controversie.

È sempre possibile rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

⁶ D. Lgs. 28/2010.

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 7. Oggetto dell'assicurazione

Le prestazioni oggetto dell'assicurazione sanitaria sono determinate nella Sezione II – Capitolo 1 “Prestazioni assicurate”.

RBM Salute fornisce un servizio di accesso ad una rete di strutture sanitarie convenzionate nella quale gli assicurati possono usufruire dei servizi assicurativi. Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'assicurato può rivolgersi a:

- a) Strutture sanitarie convenzionate con RBM Salute;
- b) Strutture sanitarie non convenzionate con RBM Salute;
- c) Servizio sanitario Nazionale.

Il contratto di assicurazione è operante in caso di malattia e di infortunio per le seguenti coperture:

- ricovero in Istituto di cura a seguito di malattia e infortunio;
- trasporto sanitario
- day-hospital a seguito di malattia e infortunio;
- intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio;
- trapianti a seguito di malattia e infortunio;
- parto e aborto terapeutico e spontaneo;
- prestazioni di alta specializzazione:
 - visite specialistiche e accertamenti diagnostici;
 - trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio;
 - assistenza infermieristica domiciliare;
 - protesi ortopediche e acustiche;
 - malattie oncologiche;
 - cure dentarie da infortunio;
 - odontoiatria/ortodonzia;
 - servizi di consulenza e assistenza.

Il contratto di assicurazione è operante per i pacchetti prevenzione effettuati presso Strutture convenzionate come di seguito specificato.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

Art. 8. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Il Contraente e l'Assicurato devono rilasciare dichiarazioni precise, complete e non reticenti; se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo e può cessare l'assicurazione.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto consentono sempre a RBM Salute di verificare, tramite indagini o accertamenti, la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti (es. legami familiari, familiari a carico), elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

L'Assicurato deve comunicare a RBM Salute ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

Il Questionario sanitario non è da compilare.

Art. 9. Altre assicurazioni/coperture

Il Contraente e l'Assicurato devono comunicare a RBM Salute se hanno stipulato o stipulano altre assicurazioni per lo stesso rischio. Se tale comunicazione viene omessa dolosamente, RBM non è tenuta a pagare l'indennizzo.

In caso di sinistro, l'Assicurato deve avvisare tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri⁷. Il Contraente e l'Assicurato devono farlo anche se lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati con Enti, Casse, Fondi integrativi sanitari. In caso di pagamento, RBM Salute può esercitare il diritto di regresso come previsto dalla normativa di riferimento⁸.

Art. 10. Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Inclusioni

10.1 Decorrenza della copertura assicurativa

L'assicurazione ha effetto dalle ore 00:00 del 01/03/2020 e ha una durata di anni 1 (uno), con riserva di esercitare la facoltà di ripetizione di servizi analoghi per un altro anno, a decorrere dalle ore 24 del giorno di sottoscrizione del contratto di assicurazione, se il premio o la prima rata sono stati pagati nei termini previsti. Diversamente, l'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno dell'avvenuto pagamento.

Se il Contraente, ovvero l'Assicurato nel caso di estensione della polizza ai familiari, non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del quindicesimo giorno successivo a quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno di pagamento, ai sensi dell'art. 1901 C.C.

È fatta salva per CNR la facoltà di non rinnovare il contratto di assicurazione alla scadenza della prima annualità, senza alcun obbligo di motivazione. Qualora CNR decida di rinnovare la polizza per un ulteriore anno, questa potrà esercitarsi mediante comunicazione da inviare a RBM Salute a mezzo PEC non oltre 45 giorni prima della scadenza della prima annualità.

Non oltre quattro mesi prima della scadenza della prima annualità di polizza, RBM Salute effettuerà il calcolo del rapporto fra i sinistri pagati e riservati e di premi di competenza relativi all'annualità stessa.

I sinistri riservati sono quelli che, in base ai dati di consuntivo rilevati alla data del calcolo e delle proiezioni di chiusura dell'annualità, si stima verranno pagati.

Nel computo dei sinistri, pagati e riservati, e dei premi netti verranno calcolati anche quelli relativi alle coperture per il personale in quiescenza e per i familiari iscritti nelle relative polizze.

$$\frac{\text{Sinistri pagati e riservati relativi alle due annualità}}{\text{Premi netti di competenza relative alle due annualità}} > 85\%$$

In presenza di un valore superiore al 85%, RBM Salute ha la facoltà di proporre, non oltre due mesi prima dalla scadenza della prima annualità di polizza, le modifiche alle garanzie del contratto tali da riportare il valore del rapporto sinistri/premi al 85%. Nel caso di mancata accettazione delle nuove condizioni da parte di CNR, RBM Salute potrà inviare disdetta a mezzo PEC entro la data di scadenza della prima annualità di polizza. La disdetta avrà effetto a decorrere dal compimento del terzo mese successivo alla scadenza della prima annualità di polizza, periodo per il quale sarà corrisposto un premio pari a 3/12 del premio annuale.

Le inclusioni di dipendenti, e loro familiari, in data successiva a quella di effetto della polizza sono possibili solo nel caso di nuove assunzioni e per i casi previsti nel presente capitolato.

La garanzia decorre dal giorno dell'assunzione sempre che venga comunicata a RBM Salute entro 90 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la garanzia decorrerà dal giorno di comunicazione a RBM Salute. Qualora il dipendente neoassunto intenda estendere la copertura assicurativa ai propri familiari dovrà includerli nella copertura all'atto dell'assunzione.

L'inclusione verrà effettuata mediante compilazione e invio a RBM Salute dell'apposito modulo.

Alla scadenza annuale del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

Per i dipendenti in garanzia alla data di effetto del contratto, l'inclusione di familiari in un momento successivo alla decorrenza della polizza è consentita nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio a RBM Salute dell'apposito modulo. La garanzia decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 90 giorni; in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato di famiglia al RBM Salute.

⁷ Art. 1910 del Codice civile.

⁸ Art. 1910 del Codice civile.

Alla scadenza annuale del contratto i familiari suindicati inseriti nella copertura potranno essere esclusi; in questo caso, non potranno più essere reinseriti.

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex-dipendente e gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

L'assicurazione cessa automaticamente dal momento del decesso del titolare; gli eventuali familiari assicurati vengono mantenuti nella garanzia sino alla prima scadenza annuale successiva.

10.2. Pagamento e regolazione del premio

POLIZZA BASE

Premio a carico dell'amministrazione

Il premio annuo per ogni dipendente assicurato, comprensivo di oneri fiscali, è pari a **€ 279,83**.

Ai fini del calcolo del premio annuale totale CNR comunica, prima della stipula del contratto di assicurazione, l'elenco del personale, con le relative generalità, da assicurare in base alle condizioni previste nella presente Assicurazione. Il premio annuo totale che sarà corrisposto dal Contraente è determinato dal premio individuale per il numero dei dipendenti di CNR che non hanno rinunciato ai benefici della polizza.

Il premio annuo totale sarà pagato in tre rate quadrimestrali di uguale importo, la prima scadente entro 60 giorni dalla sottoscrizione del contratto, la seconda entro 60 giorni dall'inizio del secondo quadrimestre, la terza entro 60 giorni dall'inizio del terzo quadrimestre, e così per le annualità successive.

Entro 90 giorni successivi alla fine di ogni annualità, CNR comunica a RBM Salute il numero effettivo dei dipendenti assicurati, con le relative generalità, affinché RBM Salute possa procedere al rinnovo della copertura per l'annualità successiva ed alla regolazione del premio relativo alle movimentazioni effettuate nell'anno in corso.

Premio a carico dell'assicurato

I premi annui a carico dell'assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate, comprensivi di oneri fiscali, corrispondono ai seguenti importi:

Personale in servizio

- a) coniuge o convivente "more uxorio" € 237,85
- b) ogni figlio € 223,86
- c) ogni figlio, in caso di famiglie con almeno 3 figli € 167,90
- d) ogni genitore risultante dallo stato di famiglia € 559,65

L'attivazione dell'assicurazione per i familiari del personale in servizio avviene su adesione volontaria, mediante compilazione e invio a RBM Salute dell'apposito modulo.

Sarà cura del singolo dipendente comunicare a RBM Salute l'estensione della copertura sanitaria in favore dei familiari.

POLIZZA INTEGRATIVA AD ADESIONE VOLONTARIA A CARICO DELL'ASSICURATO

Personale in servizio € 701,64

- a) coniuge o convivente "more uxorio" € 1.421,38
- b) ogni figlio € 607,75
- c) ogni figlio, in caso di famiglie con almeno 3 figli € 708,02
- d) ogni genitore risultante dallo stato di famiglia € 3.777,24

L'attivazione della copertura integrativa a secondo rischio avviene su base volontaria sia per il titolare che per i componenti del nucleo familiare che abbiano già aderito alla copertura base. Il pagamento del premio è a carico dell'Assicurato.

10.3. Inclusioni

Relativamente all'inclusione di dipendenti e familiari avvenuta in data successiva a quella di effetto della polizza, nei casi previsti, il premio corrisponde a tanti trecentosessantesimi del premio annuo quanti sono i giorni che intercorrono dalla data di inclusione al termine del periodo assicurativo in corso.

10.4. Inclusione del nucleo familiare

I Dipendenti in servizio alla data di effetto del Piano sanitario, possono includere i familiari con contributo a proprio carico e invio dell'apposito modulo.

10.5. Inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia

L'inclusione di familiari per variazione dello stato di famiglia può essere fatta nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite. La copertura decorrerà dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 90 giorni dalla variazione stessa. In caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione a RBM Salute.

10.6. Inserimento di nuovi dipendenti in data successiva all'effetto del Piano sanitario

Nel caso di nuove assunzioni, la copertura per l'Assicurato e i familiari decorre dal giorno dell'assunzione sempreché questa venga comunicata a RBM Salute entro 90 giorni. Qualora l'assunzione venga comunicata successivamente, la copertura decorrerà dal giorno di comunicazione a RBM Salute.

10.7. Cessazione del rapporto di lavoro

Nel caso di cessazione del rapporto di lavoro, l'ex Dipendente e gli eventuali familiari vengono mantenuti nella copertura sino alla prima scadenza annuale successiva. In caso di cessazione del rapporto per pensionamento, è facoltà dell'ex Dipendente di mantenere la copertura con contributo a proprio carico.

Art. 11. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale in tutto mondo; i danni sono liquidati in Italia e rimborsati in euro.

Le spese sostenute all'estero sono rimborsate al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

Art. 12. Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni a cui sono tenute le parti ai sensi del presente contratto vanno effettuate in forma scritta. Possono essere effettuate anche con tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 13. Obblighi di consegna dei documenti da parte del Contraente

Il Contraente deve consegnare all'Assicurato:

- a) DIP;
- b) DIP aggiuntivo;
- c) Condizioni di Assicurazione
- d) Informativa Privacy (allegato 2)

Art. 14. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

- cessazione d'agenzia o assegnazione di portafoglio a nuovo intermediario
- modifiche statutarie sul cambio di denominazione sociale o sul trasferimento di sede sociale
- trasferimento, anche parziale, del portafoglio, fusione o scissione del portafoglio stesso

entro 10 giorni dalla data di efficacia dell'operazione, RBM Salute consegna al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente deve comunicare tali informazioni a ogni Assicurato.

Art. 15. Assicurazione per conto altrui

Questa assicurazione è stipulata dal Contraente per conto altrui; gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato⁹.

Art. 16. Regime fiscale

Tassa sui premi: 2,50%

Tassa sugli indennizzi: non prevista.

Gli oneri fiscali dell'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento è anticipato da RBM Salute.

Art. 17. Foro Competente

Per le controversie

- tra RBM Salute e il Contraente: è competente l'Autorità Giudiziaria di Treviso (TV)

- tra RBM Salute e l'Assicurato: è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o di domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Le Parti possono sempre ricorrere a sistemi conciliativi, se previsti.

Art. 18. Controversie: mediazione

Per controversie connesse al contratto (comprese quelle sulla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione) prima di procedere per vie giudiziali è obbligatorio sottoporle a un Organismo di Mediazione iscritto nel Registro del Ministero della Giustizia e che ha sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente¹⁰.

Il tentativo di mediazione è condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Se la lite non è conciliata con la mediazione, le Parti sono libere di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria (→ Art. 17 "Foro competente").

Art. 19. Legge applicabile al contratto - Rinvio alle Norme di Legge

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le norme italiane.

⁹ Art. 1891 del Codice civile.

¹⁰ D.lgs. 28/2010 e successive modifiche e integrazioni.

Sezione II

CAPITOLO 1 - PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 20. Descrizione delle prestazioni Assicurate

RBM Salute copre le spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, mentre l'Assicurazione è operativa.

Massimali, limiti, franchigie, scoperti, esclusioni e condizioni specifiche sono spiegati in queste Condizioni, nelle singole garanzie e nell'allegato 1.

A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE

1. Prestazioni

1.1. Ricovero

RBM Salute provvederà al rimborso/pagamento delle prestazioni sotto indicate fino alla concorrenza del massimale di **euro 350.000,00** per anno assicurativo per nucleo familiare.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante il pernottamento, **il solo intervento di Pronto Soccorso non costituisce ricovero.**

Qualora l'Assicurato venga ricoverato per effettuare cure mediche o chirurgiche può godere delle seguenti prestazioni:



a) Pre-ricovero	Esami, accertamenti diagnostici e visite specialistiche effettuati nei 90 giorni precedenti l'inizio del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero.
b) Intervento chirurgico	Onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento (risultante dal referto operatorio), diritti di sala operatoria e materiale di intervento ivi comprese le endoprotesi.
c) Assistenza medica, medicinali, cure	Prestazioni mediche e infermieristiche, consulenze medico-specialistiche, medicinali, esami e accertamenti diagnostici durante il periodo di ricovero. I trattamenti fisioterapici e riabilitativi sono compresi nella copertura nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico (salvo quanto previsto per le patologie vascolari anche intracraniche di seguito descritte).
d) Rette di degenza	Non sono comprese in copertura le spese voluttuarie. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con RBM Salute, le spese sostenute vengono rimborsate nel limite di € 910,00 al giorno.
e) Accompagnatore	Retta di vitto e pernottamento dell'accompa- gnatore nell'istituto di cura o in struttura alberghiera. Nel caso di ricovero in Istituto di cura non convenzionato con RBM Salute la copertura è rimborsata nel limite di € 100,00 al giorno per un massimo di 90 giorni per ricovero.
f) Post-ricovero	Esami e accertamenti diagnostici, medicinali, prestazioni mediche e chirurgiche, trattamenti fisioterapici o rieducativi e cure termali (escluse in ogni caso le spese di natura alberghiera) effettuati nei 90 giorni successivi alla cessazione del ricovero, purché resi necessari dalla malattia o dall'infortunio che ha determinato il ricovero. I trattamenti fisioterapici o rieducativi e le cure termali sono compresi nella copertura nel solo caso di ricovero con intervento chirurgico (salvo quanto previsto per le patologie vascolari anche intracraniche di seguito descritte). Sono compresi in copertura i medicinali prescritti dal medico curante all'atto delle dimissioni dall'istituto di cura.

Nel caso di patologie vascolari anche intracraniche (malformazioni vascolari intracraniche aneurismi sacculari, aneurismi arterovenosi, fistole artero-venose, aneurismi arteriosi o arterovenosi stenosi ad ostruzione arteriosa simpatectomia cervico-toracica, lombare ecc), anche in assenza di intervento chirurgico, RBM Salute provvede al pagamento delle spese descritte al punto 1.1 lett. a, c,d ed e.

1.1.2 Trasporto sanitario



RBM Salute rimborsa le spese di trasporto dell'assicurato in ambulanza, con unità coronarica mobile e con aereo sanitario all'Istituto di cura, di trasferimento da un Istituto di cura ad un altro e di rientro alla propria abitazione con il massimo di **€ 1.000,00 per ricovero**.

1.1.3 Day Hospital a seguito di malattia e infortunio

RBM Salute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte ai paragrafi 1.1 "Ricovero" e 1.1.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati.



1.1.4 Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di intervento chirurgico ambulatoriale, RBM Salute provvede al pagamento delle spese per le prestazioni descritte al paragrafo 1.1. "Ricovero" punti "Pre-ricovero", "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Post-ricovero" e 1.1.2 "Trasporto sanitario", con i relativi limiti in essi indicati.

1.1.5 Trapianti a seguito di malattia e infortunio

Nel caso di trapianto di organi o di parte di essi, RBM Salute liquida le spese previste ai punti 1.1 "Ricovero" e 1.1.2 "Trasporto sanitario" con i relativi limiti in essi indicati, nonché le spese necessarie per il prelievo dal donatore, comprese quelle per il trasporto dell'organo. Nel caso di donazione da vivente, RBM Salute copre le spese sostenute per le prestazioni effettuate durante il ricovero relativamente al donatore a titolo di accertamenti diagnostici, assistenza medica e infermieristica, intervento chirurgico, cure, medicinali, rette di degenza.



1.1.6 Parto e aborto terapeutico e spontaneo

Nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate o in caso di utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale, la copertura è prestata fino ad un massimo di **€ 7.000,00** per anno assicurativo e per nucleo familiare. Tale limite non è operante in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con RBM Salute ed effettuate da medici convenzionati.

Non sono operanti i limiti di spesa previsti alle singole coperture, ad eccezione di quanto previsto per la sola copertura 1.1.2 "Trasporto sanitario".

In caso di parto fisiologico, parto cesareo, aborto terapeutico e aborto effettuato sia in struttura sanitaria convenzionata che in struttura sanitaria non convenzionata, RBM Salute provvede al pagamento o al rimborso, senza scoperti o franchigie delle spese per le prestazioni di cui ai paragrafi 1.1 "Ricovero" punti "Intervento chirurgico", "Assistenza medica, medicinali, cure", "Retta di degenza" "Accompagnatore", "Post-ricovero", e 1.2 "Trasporto sanitario" con il relativo limite in esso indicato.



1.1.7 Indennità sostitutiva



L'Assicurato, qualora non richieda alcun rimborso a RBM Salute, né per il ricovero né per altra prestazione ad esso connessa, avrà diritto a un'indennità di **€ 150,00** per ogni giorno di ricovero per un periodo non superiore a **60 giorni per ricovero**.

Per ricovero si intende la degenza in Istituto di cura comportante pernottamento: questo è il motivo per il quale, al momento del calcolo dell'indennità sostitutiva, si provvede a corrispondere l'importo di cui sopra per ogni notte trascorsa all'interno dell'Istituto di cura. **Tale indennità non verrà erogata in caso di day-hospital o di O.B.I. (Osservazione Breve Intensiva).**

Tale indennità spetta anche nel caso in cui, in alternativa o in concorrenza con il ricovero in Strutture del S.S.N., l'Assicurato ricorra, su indicazione della Struttura del Servizio Sanitario Nazionale, alle seguenti forme di assistenza sanitaria domiciliare: Ospedalizzazione a domicilio (Home Care) - con la quale l'Ospedale si fa carico dell'assistenza inviando a casa del paziente personale medico ed infermieristico; Dimissione domiciliare protetta (DOP) - con la quale l'Ospedale provvede ad una dimissione tempestiva, indicando le necessità del paziente e le apparecchiature necessarie e la ASL di appartenenza provvede alla loro fornitura e alla assistenza con proprio personale.

2. Modalità di erogazione delle prestazioni

- Utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da RBM Salute alle strutture stesse, **senza l'applicazione di alcun importo a carico dell'Assicurato.**

- Utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

Le prestazioni vengono rimborsate con uno **scoperto del 20%** ad eccezione delle coperture riferite alle sopra descritte lettere d) "Retta di degenza" ed e) "Accompagnatore" ed ai sopra descritti punti 1.1.2 "Trasporto sanitario" e 1.1.6 "Parto e aborto", che vengono rimborsate all'assicurato nei limiti previsti ai punti indicati.

- Utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

RBM Salute rimborsa **integralmente**, nei limiti previsti ai diversi punti, le eventuali spese per trattamento alberghiero o per ticket sanitari rimasti a carico dell'Assicurato durante il ricovero. In questo caso, però, l'Assicurato non potrà beneficiare dell'indennità sostitutiva di cui al 1.1.7.

B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

1. PRESTAZIONI DI ALTA SPECIALIZZAZIONE

Il massimale per annualità assicurativa a disposizione per la presente copertura è di € 4.000,00 per ciascun componente il nucleo familiare (massimale per persona).

Alta diagnostica radiologica (esami stratigrafici e contrastografici) ("anche digitale")

Angiografia Artrografia Broncografia Cisternografia Cistografia Cistouretrografia Clisma opaco
 Colangiografia intravenosa
 Colangiografia percutanea
 (PTC)
 Colangiografia trans Kehr Colecistografia Dacriocistografia Defecografia
 Discografia
 Fistelografia
 Flebografia
 Fluorangiografia Galattografia
 Isterosalpingografia
 Linfografia Mielografia Pneumoencefalografia Retinografia
 Rx esofago con mezzo di contrasto
 Rx stomaco e duodeno con mezzo di
 contrasto
 Rx tenue e colon con mezzo di contrasto
 Rx torace
 Gastroscoopia
 Rettoscopia
 Colonscopia
 Scialografia
 Splenoportografia
 Tomografia logge renali
 Tomoxerografia
 Tomografia torace
 Tomografia in genere
 Urografia
 Vesciculodeferentografia
 Videoangiografia
 Wirsunggrafia



Accertamenti

Amniocentesi
Densitometria ossea computerizzata (MOC)
Ecocardiografia
Elettroencefalogramma
Elettromiografia
Mammografia o Mammografia Digitale
PET
Prelievo dei villi coriali
Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) (inclusa angio RMN)
Scintigrafia
Tomografia Assiale Computerizzata (TAC) (anche virtuale)

Terapie

Chemioterapia
Cobaltoterapia
Dialisi
Laserterapia a scopo fisioterapico
Radioterapia

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da RBM Salute alle strutture stesse, **senza l'applicazione di alcun importo** a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **scoperto del 20% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia**. Per ottenere il rimborso da parte di RBM Salute è necessario che l'Assicurato allegghi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta), la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato allegghi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

2. VISITE SPECIALISTICHE E ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI

Il massimale per annualità assicurativa a disposizione per la presente copertura è di € 8.500,00 per ciascun componente il nucleo familiare (massimale per persona).

RBM Salute provvede al pagamento delle spese per visite specialistiche e accertamenti diagnostici conseguenti a malattia o a infortunio (non rientranti tra quelli elencati al precedente paragrafo 1 "Prestazioni di alta specializzazione") con l'esclusione delle visite in età pediatrica effettuate per il controllo di routine legato alla crescita e delle visite e accertamenti odontoiatrici e ortodontici. Rientra in copertura esclusivamente una prima visita psichiatrica al fine di accertare la presenza di un'eventuale patologia.

Relativamente alle visite specialistiche, i documenti di spesa (fatture e ricevute) debbono riportare l'indicazione della specialità del medico la quale, ai fini del rimborso, dovrà risultare attinente alla patologia denunciata.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate e prestazioni effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da RBM Salute, con l'applicazione di un minimo non indennizzabile di **€ 50,00** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia presunta o accertata

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

Le spese sostenute vengono rimborsate con uno **scoperto del 20%** per ogni visita specialistica o accertamento diagnostico con **un minimo non indennizzabile di € 70,00** per ciascuna visita specialistica o accertamento diagnostico. Per ottenere il rimborso da parte di RBM Salute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

Si considera unica prestazione anche la visita specialistica e l'accertamento diagnostico connessi a una medesima patologia, contestualmente prescritti dal medico e presentati a RBM Salute in unica richiesta di rimborso.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket), la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia presunta o accertata.

3. TRATTAMENTI FISIOTERAPICI RIABILITATIVI A SEGUITO DI INFORTUNIO

Il massimale di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 500,00 per ciascuna persona iscritta (massimale per persona).



RBM Salute provvede al pagamento delle spese per i trattamenti fisioterapici, a seguito di infortunio, esclusivamente a fini riabilitativi, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso, sempreché siano prescritte da medico "di base" o da specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata e siano effettuate da personale medico o paramedico abilitato in terapia della riabilitazione il cui titolo dovrà essere comprovato dal documento di spesa.

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

In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da RBM Salute alle strutture stesse, **senza l'applicazione di importi** a carico dell'Assicurato. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia come sopra riportato.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura del 50%. Per ottenere il rimborso da parte di RBM Salute è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia come sopra riportato e copia del certificato di Pronto Soccorso.

4. ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

Il Piano sanitario rimborsa le spese di assistenza infermieristica domiciliare a seguito di malattia e infortunio, prescritta da sanitario e praticata da personale infermieristico qualificato, nel limite di **€ 100,00 al giorno per un massimo di 100 giorni** per anno assicurativo e nucleo familiare.



5. PROTESI

Il Piano sanitario rimborsa le spese per l'acquisto di protesi ortopediche e acustiche nonché di protesi necessarie a ristabilire al meglio la situazione fisica precedente a seguito di interventi oncologici (es. seno, naso ecc).

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 10%** per ogni fattura/persona.

Per la presente copertura non è operante alcun massimale di spesa annuo.



6. MALATTIE ONCOLOGICHE

Nei casi di malattie oncologiche RBM Salute liquida le spese relative a visite, esami ed accertamenti diagnostici e terapie oncologiche (anche farmacologiche).

Sono ricompresi i follow-up oncologici.



In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente da RBM Salute alle strutture stesse, **senza l'applicazione di importi a carico dell'Assicurato**. L'Assicurato dovrà presentare alla struttura la prescrizione del proprio medico curante contenente la patologia.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

Le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20% per ogni fattura/persona**. Per ottenere il rimborso da parte di RBM Salute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

RBM Salute rimborsa **integralmente** i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte di RBM Salute è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) la copia della richiesta del medico curante contenente la patologia.

Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate o di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il massimale di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 32.000,00 per nucleo familiare.

Nel solo caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate con RBM Salute, opera un massimale annuo aggiuntivo di € 5.000,00 per nucleo familiare.

7. PREVENZIONE



Nel caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate o di strutture del Servizio Sanitario Nazionale, il massimale di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 5.000,00 per nucleo familiare (massimale per nucleo familiare).

7.1 Prevenzione delle patologie cardiovascolari e diabete legate al sovrappeso e all'obesità (sindrome metabolica)

Copertura integrale presso strutture e medici convenzionati delle prestazioni nate per monitorare l'eventuale esistenza di stato di sindrome metabolica non ancora conclamata quali il colesterolo HDL, il colesterolo totale, la glicemia e i trigliceridi. In caso di sindrome metabolica conclamata, copertura integrale delle visite o accertamenti che si rendessero necessari.

7.2 Prevenzione dell'obesità infantile

Copertura integrale presso strutture e medici convenzionati delle spese necessarie alla effettuazione del programma per la prevenzione dell'obesità infantile dai 4 anni ai 18 anni con questionario volto a rilevare se il minore si trova in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso. Nel caso in cui il minore si trovi in uno stato di obesità, sovrappeso o sottopeso, possibilità di effettuare annualmente in garanzia di polizza una visita specialistica dal pediatra/dietologo.

7.3 Servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche

Copertura integrale presso strutture e medici convenzionati del servizio di monitoraggio a distanza dei valori clinici in caso di malattie croniche quali diabete, ipertensione, broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) ecc. rivolto agli assicurati con età maggiore uguale a quarant'anni. Copertura integrale delle visite specialistiche accertamenti diagnostici strettamente connessi alla condizione di cronicità dell'assicurato con massimale dedicato.

La copertura è prestata per l'intero periodo assicurativo, sempre che l'Assicurato presenti i requisiti per entrare nel programma di telemonitoraggio.

7.4 Prestazioni diagnostiche di prevenzione per i figli minori

Copertura integrale presso strutture e medici convenzionati delle prestazioni sotto elencate previa prenotazione. Le prestazioni previste, sono quelle necessarie a monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, si prevede siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità. Le prestazioni previste da ogni singolo pacchetto devono essere effettuate e/o prenotate in un'unica soluzione.

a) Pacchetto 6 mesi - 2 anni

- Visita specialistica pediatrica (valutazione di base, auxologica, psicomotoria e cognitiva);
- Visita specialistica otorinolaringoiatrica con test audiometrico.

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'Iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 50,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

b) Pacchetto 3 - 4 anni

- Visita specialistica oculistica completa;
- Tonometria;
- Esame del fundus;
- Stereopsi e color test;
- Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio);
- Visita specialistica neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- Esami di laboratorio per screening della celiachia (emocromo completo con formula, anticorpi anti endomisio (ema) e (anticorpi anti transglutaminasi);
- Biopsia intestinale (in ipotesi di positività degli esami di laboratorio specifici di cui alla precedente riga);
- Visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica).

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'Iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 60,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

c) Pacchetto 5 - 6 anni

- Visita specialistica neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- Visita odontoiatrica e ortodontica (igiene orale, fluoroprofilassi);
- Visita specialistica oculistica completa;
- Tonometria;
- Esame del fundus;
- Stereopsi e color test;
- Valutazione ortottica (valutazione dell'apparato neuromuscolare dell'occhio);
- Visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica).

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'Iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 90,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

d) Pacchetto 7 - 8 anni

- Visita specialistica odontoiatrica e ortodontica;
- Visita specialistica oculistica completa;
- Tonometria;
- Esame del fundus;
- Stereopsi e color test;
- Visita specialistica neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- Visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica).

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'Iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 60,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

e) Pacchetto 9 - 11 anni

- Visita specialistica ortopedica;
- Visita specialistica endocrinologica;
- Visita specialistica neuropsichiatrica (Screening disturbi del linguaggio e autismo) con eventuale intercettazione di condizioni meritevoli di ulteriori approfondimenti con visita logopedica;
- Visita logopedica (con prescrizione a seguito della visita neuropsichiatrica);

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'Iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 60,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

f) Pacchetto 12 - 18 anni

- Visita specialistica pediatrica (Valutazione globale dello stato di salute dell'adolescente);
- Visita specialistica ortopedica;
- Visita specialistica endocrinologica;
- Analisi del sangue: Alanina aminotransferasi ALT, Aspartato Aminotransferasi AST, colesterolo HDL, colesterolo totale, creatinina, esame emocromocitometrico e morfologico completo, gamma GT, glicemia, trigliceridi, tempo di tromboplastina parziale (PTT), tempo di protrombina (PT), urea, VES.

Qualora le strutture convenzionate dedicate all'esecuzione del presente pacchetto prevenzione non siano disponibili nella provincia di domicilio dell'Iscritto, lo stesso potrà ottenere il rimborso per il pacchetto prevenzione nelle strutture convenzionate non dedicate con rimborso pari a € 60,00 in totale per il complesso delle prestazioni.

8. PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE DI PREVENZIONE PER ADULTI

Per svolgere la prevenzione, non è necessaria la prescrizione del Medico

8.1 “Pacchetti di Prevenzione” fruibili una volta l’anno

RBM Salute sostiene per gli assicurati la campagna di Prevenzione Sanitaria, per appartenenti a specifiche fasce di età, con la possibilità di effettuare test di screening, per la “diagnosi precoce” attraverso i seguenti “Pacchetti di Prevenzione” fruibili una volta l’anno (per singolo pacchetto):

- **Pacchetto Prevenzione DONNA con età uguale o maggiore di 45 anni**

- Patologia: Cancro del Collo dell’Utero, del colon retto e del seno;
- Prestazioni previste: pap test – esame feci 3 dosaggi – mammografia bilaterale.

- **Pacchetto Prevenzione UOMO con età uguale o maggiore di 45 anni**

- Patologia: Cancro della Prostata;
- Prestazioni previste: PSA – PSA Free – Ecografia transrettale.

- **Pacchetto Prevenzione UOMO/DONNA con età uguale o maggiore di 30 anni**

- Patologia: Maculopatia e Glaucoma;
- Prestazioni previste: OCT (Tomografia a Coerenza Ottica) – Pachimetria Corneale – Campimetria computerizzata – Consegna del referto da parte dell’Oculista.

- **Pacchetto Prevenzione CANCRO DELLA TIROIDE, uomo o donna, con età uguale o maggiore di 45 anni**

- Patologia: Cancro della tiroide;
- Prestazioni previste: TSH (analisi cliniche) – Ecografia tiroidea.

- **Pacchetto Prevenzione del CANCRO DELLA CERVICE UTERINA, donna, con età compresa fra il compimento del 14 e del 44 anno**

- Patologia: Cancro della cervice uterina;
- Prestazioni previste: Ricerca Papilloma Virus (HPV) – Tipizzazione HPV (eventuale);
- Nel caso sia prescritto un vaccino per l’immunizzazione contro il Papilloma Virus, è previsto il rimborso integrale della spesa che dovrà essere richiesto IN FORMA INDIRETTA, allegando al così detto scontrino fiscale parlante, rilasciato dalla Farmacia, dal quale risulti unicamente il costo del vaccino, copia della prescrizione medica (il rimborso è previsto per un massimo di tre dosi).

- **Pacchetto Prevenzione Cardiovascolare, uomo/donna, con età compresa fra il compimento del 45 e del 70 anno**

- Prestazioni previste: visita cardiologica, elettrocardiogramma di base, ecografia grossi vasi (tronchi sovraortici).

Le prestazioni che compongono i “Pacchetti Prevenzione” suindicati possono essere fruite sia in parte sia nella loro totalità ed esclusivamente in “forma diretta” presso le Strutture Sanitarie convenzionate,

che hanno aderito anche al Progetto Prevenzione. Una singola Struttura Sanitaria può essere convenzionata per uno o più “Pacchetti Prevenzione”.

8.2 Esami di prevenzione diagnostica particolare medico sanitaria

RBM Salute provvede al pagamento delle prestazioni sottoelencate effettuate in Strutture Sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione. Le prestazioni previste hanno lo scopo di monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici. Queste prestazioni devono essere effettuate in un'unica soluzione.

Prestazioni previste per gli uomini una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- Omocisteina
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per le donne una volta l'anno (Prevenzione Cardiovascolare)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- Omocisteina
- Esame delle urine
- Elettrocardiogramma di base

Prestazioni previste per gli uomini di età superiore ai 45 anni una volta l'anno (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia

- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Omocisteina
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- PSA (Specifico antigeneprostatico)
- Esame delle urine
- Ecografia prostatica

Prestazioni previste per le donne di età superiore ai 35 anni una volta l'anno (Prevenzione Oncologica)

- Esame emocromocitometrico completo
- Velocità di eritrosedimentazione (VES)
- Glicemia
- Azotemia (Urea)
- Creatininemia
- Colesterolo Totale e colesterolo HDL
- Alaninaminotransferasi (ALT/GPT)
- Aspartatoaminotransferasi (AST/GOT)
- Omocisteina
- Trigliceridi
- Gamma GT
- PTT (Tempo di tromboplastina parziale)
- PT (Tempo di protrombina)
- Esame delle urine
- Visita ginecologica e PAP-Test

8.3 Strutture mobili e camper per la prevenzione

Al fine di meglio realizzare i programmi di prevenzione, RBM Salute mette a disposizione strutture mobili e camper dedicati nelle zone con maggiore presenza di dipendenti.

9. CURE DENTARIE DA INFORTUNIO

Il massimale annuo a disposizione per la presente copertura è di € 2.000,00 per nucleo familiare.

RBM Salute liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche a seguito di infortunio, in presenza di un certificato di Pronto Soccorso.



In caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate ed effettuate da medici convenzionati

Le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture stesse da RBM Salute, con l'applicazione di uno **scoperto del 15% per ogni fattura/persona**, che dovrà essere versato dall'Assicurato alla struttura convenzionata all'atto della fruizione della prestazione.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate

Le spese sostenute vengono rimborsate nella misura dell'80% per ogni fattura/persona. Per ottenere il rimborso da parte di RBM Salute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta) la copia del certificato di Pronto Soccorso.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale

RBM Salute rimborsa integralmente i ticket sanitari a carico dell'Assicurato. Per ottenere il rimborso da parte di RBM Salute, è necessario che l'Assicurato alleggi alla copia della documentazione di spesa (fattura/ricevuta/ticket) la copia del certificato di Pronto Soccorso.

10. GRANDI INTERVENTI ODONTOIATRICI

RBM Salute rimborsa integralmente le spese sostenute presso strutture convenzionate in caso di ricovero ed extraricovero per gli interventi chirurgici derivanti dalle seguenti patologie, compresi gli interventi di implantologia dentale:



- Osteiti mascellari
- Neoplasie ossee della mandibola o della mascella
- Cisti radicolari
- Cisti follicolari
- Adamantinoma
- Odontoma
- Asportazione di cisti mascellari
- Asportazione di epulide con resezione del bordo
- Intervento per iperostosi, osteomi (toro – palatino, toro mandibolare ecc.)
- Ricostruzione del fornice (per emiarcata)
- Ricostruzione del fornice con innesto dermoepidermico
- Rizotomia e rizectomia
- Ascesso dentario da strumento endodontico endocanalare
- Gengivectomia per emiarcata
- Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (per elemento)
- Intervento di chirurgia ortognatica
- Intervento per flemmone delle logge perimascellari
- Scappucciamento osteo-mucoso di dente incluso
- Apertura del seno mascellare per rimozione di impianto dislocato
- Resezione ossea per osteonecrosi dei mascellari
- Avulsione di elemento dentale sovrannumerario

Per l'attivazione della copertura è necessaria una prescrizione medica contenente il quesito diagnostico o la patologia che ha reso necessaria la prestazione stessa.

Le spese vengono rimborsate senza franchigia nel limite di un massimale annuo di **€ 1.500,00 per nucleo familiare**.

In caso di utilizzo di strutture sanitarie non convenzionate le spese sostenute vengono rimborsate con l'applicazione di uno **scoperto del 20%**.

In caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale i ticket sanitari a carico dell'Iscritto vengono rimborsati **integralmente**.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere il rimborso delle spese sostenute consiste in:

- Radiografie;
- Referti radiologici per osteiti mascellari, e ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canalare;
- Referti istologici (solo per cisti radicolari, adamantinoma, odontoma, asportazione di cisti mascellari e Resezione ossea per osteonecrosi dei mascellari);
- Fotografie pre, intra e post-intervento.

11. ODONTOIATRIA/ORTODONZIA

RBM Salute provvede al rimborso delle spese per l'acquisto e per l'applicazione di protesi dentarie, per prestazioni ortodontiche e per cure odontoiatriche e terapie conservative, comprese eventuali visite odontoiatriche e delle spese di ortopantomografia, dentalscan e tele cranio.

Il limite di spesa annuo a disposizione per la presente copertura è di € 252,01 per anno assicurativo e per persona.

La presente copertura è operante esclusivamente in caso di utilizzo di strutture sanitarie convenzionate con RBM Salute ed effettuate da medici convenzionati e in caso di utilizzo di strutture del Servizio Sanitario Nazionale RBM Salute in tali strutture provvede inoltre al pagamento delle spese per una visita specialistica e una seduta di igiene orale professionale l'anno in strutture sanitarie convenzionate con RBM Salute per ogni componente il nucleo familiare.

Se nel corso della prima annualità associativa vengono eseguite prestazioni il cui costo eccede il limite di spesa annuo, RBM Salute autorizzerà le spese nei limiti del plafond previsto per l'intera durata del Piano sanitario (12 mesi). In questo caso, nell'annualità successiva, i limiti di spesa annui previsti saranno decurtati di un valore pari a quello già consumato.

I massimali non utilizzati nel corso della prima annualità di polizza, e ad essa relativi potranno comunque essere utilizzati nell'annualità successiva fino al limite di € 204,00.

12. SERVIZI DI CONSULENZA E ASSISTENZA

In Italia

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800991751 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero

Occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 39 0422.1744.461

a) Informazioni sanitarie telefoniche

La Centrale Operativa deve attuare un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private: ubicazione e specializzazioni;
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione ticket, assistenza diretta e indiretta in Italia e all'estero ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

b) Prenotazione di prestazioni sanitarie

La Centrale Operativa deve fornire un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano nella forma di assistenza diretta nelle strutture sanitarie convenzionate con RBM Salute.

I servizi di consulenza e di assistenza vengono forniti dalla Centrale Operativa di RBM Salute per tutto l'arco delle 24 ore telefonando al numero verde 800991751

c) Pareri medici immediati

Qualora in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di una consulenza telefonica da parte di un medico, la Centrale Operativa deve fornire tramite i propri medici le informazioni e i consigli richiesti.

d) Invio di un medico

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia, l'Assicurato, in Italia, necessiti di un medico dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o per le 24 nei giorni festivi e non riesce a reperirlo la Centrale Operativa accertata la necessità della prestazione, deve provvedere ad inviare, a proprie spese, uno dei medici convenzionati.

In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la centrale Operativa deve organizzare, in via sostitutiva, il trasferimento dell'Assicurato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza, tenendo a proprio carico le spese relative.

e) Rientro dal ricovero di primo soccorso

Nel caso in cui in conseguenza di infortunio o di malattia l'Assicurato necessiti di trasporto in autoambulanza, successivamente al ricovero di primo soccorso, la Centrale Operativa invierà direttamente un'autoambulanza tenendo a proprio carico la spesa relativa nel limite di un importo pari a quello necessario per compiere un percorso complessivo di 500 km per evento.

f) Viaggio di un familiare in caso di ospedalizzazione

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa prenderà in carico un biglietto ferroviario di prima classe o un biglietto aereo di classe economica, per permettere a un familiare convivente di raggiungere l'Assicurato ricoverato. Tale prestazione sarà fornita unicamente qualora non sia già presente in loco un altro familiare.

g) Trasferimento in centro medico specializzato

Qualora l'Assicurato in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa sia affetto da una patologia che, per caratteristiche obiettive, viene ritenuta dai medici della Centrale Operativa non curabile nell'ambito dell'organizzazione ospedaliera della Regione di residenza dell'Assicurato e i medici della Centrale Operativa, previa analisi del Quadro clinico dell'Assicurato e d'intesa con il medico curante, riscontrino giustificati motivi per il suo trasferimento, la Centrale Operativa provvederà a organizzare il trasporto dell'Assicurato al centro ospedaliero più attrezzato per la patologia di cui questi è portatore con il mezzo più idoneo alle Sue condizioni tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella; treno, in prima classe, se necessario, in vagone letto; autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasporto è interamente organizzato a proprie spese dalla Centrale Operativa.

Il trasferimento nei paesi extraeuropei si effettua solamente su aerei di linea, classe economica.

La prestazione non viene fornita nel caso in cui la patologia diagnosticata possa, a giudizio dei medici, essere curata presso i presidi ospedalieri della Regione di residenza dell'Assicurato.

All'estero

RBM Salute offre inoltre per tutto l'arco delle 24 ore i seguenti servizi telefonando dall'estero al numero 800991751

h) Viaggio di un familiare all'estero

Nel caso in cui, in conseguenza di malattia o di infortunio, l'Assicurato necessiti di un ricovero in Istituto di cura per un periodo superiore a 10 giorni, la Centrale Operativa, tenendo a proprio carico le spese, deve mettere a disposizione di un componente della sua famiglia residente in Italia un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno e si accollerà le spese di soggiorno nel limite di € 150,00 per sinistro.

i) Invio di medicinali urgenti all'estero

Qualora in conseguenza di malattia o di infortunio l'Assicurato abbia necessità per la terapia del caso di specialità medicinali irreperibili sul posto (sempreché siano commercializzate in Italia), la Centrale Operativa provvederà ad inviarle con il mezzo di trasporto più rapido, compatibilmente con le norme locali sul trasporto dei medicinali, tenendo a proprio carico le spese relative. Rimane a carico dell'Assicurato il costo di acquisto dei medicinali.

l) Rimpatrio sanitario

Nel caso in cui l'Assicurato si trovi all'estero e, in conseguenza di infortunio o di malattia improvvisa, le sue condizioni di salute, accertate mediante contatti diretti e/o con altri mezzi di telecomunicazione tra i medici della Centrale Operativa e il medico curante sul posto, rendano necessario il trasporto dell'Assicurato in ospedale attrezzato in Italia o alla Sua residenza, la Centrale Operativa provvederà ad effettuare il trasporto, tenendo a proprio carico le spese relative, con i mezzi che i medici della stessa ritengano più idonei in base alle condizioni dell'Assicurato tra quelli sotto elencati:

- aereo sanitario;
- aereo di linea, classe economica, eventualmente in barella; treno, prima classe e, se necessario, in vagone letto;
- autoambulanza senza limiti di percorso.

Il trasferimento dai paesi extraeuropei si effettua esclusivamente su aerei di linea, classe economica.

Il trasporto è interamente organizzato dalla Centrale Operativa, inclusa l'assistenza medica e/o infermieristica durante il viaggio, se ritenuta necessaria dai medici della stessa.

La prestazione non viene fornita per le lesioni o per le infermità che, secondo la valutazione dei medici, possano essere curate sul posto o che comunque non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio.

La Centrale Operativa, qualora abbia provveduto a proprie spese al rientro dell'Assicurato, ha la facoltà di richiedere a quest'ultimo, nel caso in cui ne sia in possesso, il biglietto aereo, ferroviario, ecc. non utilizzato.

m) Counselling psicologico

Il Piano sanitario offre un servizio di Counselling Psicologico.

- Servizio di Counselling Psicologico tramite Centro di Ascolto telefonico attivo 24 ore su 24, 7 giorni su 7, 365gg/anno;
- Ogni Iscritto ha la possibilità di telefonare e parlare con uno psicologo.

La copertura è operante per un massimo di 6 telefonate, illimitate per le donne che hanno subito violenza. I presenti servizi vengono forniti telefonicamente dalla Centrale Operativa.

CAPITOLO 2 - ESCLUSIONI E FORMA DELL'ASSICURAZIONE

Art. 21. Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

1. Le cure e gli interventi per l'eliminazione o la correzione di difetti fisici o di malformazioni presi stenti alla stipulazione del contratto. In caso di intervento di correzione dei vizi di rifrazione, la garanzia opererà soltanto qualora il differenziale tra gli occhi sia superiore alle quattro diottrie, oppure in presenza di un difetto della capacità visiva di un occhio pari o superiori alle nove diottrie;
2. La cura delle malattie mentali e dei disturbi psichici in genere, compresi comportamenti nevrotici;
3. Prestazioni mediche aventi finalità estetiche (salvo interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortuni o da interventi demolitivi avvenuti durante l'operatività del contratto);
4. I ricoveri durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti e terapie fisiche che, per la loro natura tecnica, possono essere effettuati anche in ambulatorio;
5. Gli accertamenti per infertilità e pratiche mediche finalizzati alla fecondazione artificiale; i ricoveri causali alla necessità dell'assicurato di avere assistenza di terzi per effettuare gli atti elementari della vita quotidiana nonché ricoveri per la lunga degenza; si intendono quali ricoveri per lunga degenza quelli determinati da condizioni fisiche dell'assicurato che non consentono più la guarigione con trattamenti medici e che rendono necessaria la permanenza in istituto di cura per interventi di carattere assistenziale o fisioterapico di mantenimento;
6. Interventi per sostituzione di protesi ortopediche di qualunque tipo;
7. Il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcol e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
8. Infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
9. Gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'assicurato;
10. Le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizioni a radiazioni ionizzanti, ad eccezione di coloro che lavorano nel campo e sono esposti classificati in categoria A ai sensi del D. Lgs. n. 213/95;
11. Conseguenze di guerra, insurrezione, movimenti tellurici ed eruzioni vulcaniche;
12. Le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

Art. 22. Forme dell'assicurazione

La presente polizza prevede:

- una copertura base (opzione base)
- una copertura integrativa (opzione integrativa)
ad adesione volontaria, che opera a secondo rischio rispetto alla copertura base.

La copertura integrativa:

- copre le medesime prestazioni della copertura base (opzione base);
- ha gli stessi massimali della copertura base (opzione base).

L'assicurato che aderisce, su base volontaria, alla copertura integrativa ha a disposizione un raddoppio di massimale e la rimozione di qualsiasi quota a suo carico (scoperti e franchigie). Le spese sanitarie sostenute sono riconosciute da RBM Salute al 100% fino a concorrenza del massimale complessivo previsto per ciascuna garanzia (massimale opzione base + massimale opzione integrativa a secondo rischio).

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 23. Denuncia del Sinistro

L'Assicurato o soggetti terzi aventi diritto devono denunciare il sinistro a RBM Salute non appena possono.

Se non lo fanno, possono perdere del tutto o in parte il diritto all'indennizzo¹¹.

Se nella denuncia mancano elementi essenziali, la richiesta di rimborso del sinistro non può essere presentata e quindi è respinta.

RBM Salute respinge la richiesta di sinistro nei seguenti casi:

Assistenza diretta

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- struttura sanitaria/medico o prestazione non convenzionati
- mancata indicazione della struttura o del medico convenzionati
- prescrizione medica scaduta
- mancata indicazione della prestazione da effettuare
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di autorizzazione da parte dell'Assicurato

Regime rimborsuale

- garanzia non prevista
- patologia mancante o incongruente con la prestazione
- assenza totale di documentazione o documentazione illeggibile
- copertura assente
- errato inserimento della richiesta
- prescrizione medica scaduta
- massimale esaurito
- presentazione di più richieste per la stessa prestazione
- annullamento della richiesta di rimborso da parte dell'Assicurato

RBM Salute richiede all'Assicurato di integrare la richiesta di rimborso se:

- la documentazione giustificativa è incompleta (per esempio: cartella clinica senza SDO o non trasmessa in copia conforme oppure; in caso di intervento ambulatoriale, mancato invio della relazione medica; assenza di materiale radiografico e foto intraorali per le prestazioni odontoiatriche; mancanza di certificato di Pronto Soccorso in caso di prestazioni connesse all'infortunio)
- non è stato indicato correttamente il beneficiario.

Se l'Assicurato non integra la domanda di rimborso entro 60 giorni di calendario dalla richiesta di RBM Salute, il sinistro è respinto; la domanda può essere ripresentata.

Data del Sinistro

- Prestazioni ospedaliere: quella del ricovero o, se non c'è stato ricovero, dell'intervento chirurgico in ambulatorio
- prestazioni extra ospedaliere: quella di esecuzione della singola prestazione sanitaria fornita
- cure oncologiche, prestazioni fisioterapiche e odontoiatriche: quella di esecuzione della singola prestazione.

Rimborso da parte di Fondi, Enti o altre Compagnie

¹¹ Art. 1915 del Codice civile.

Se l'Assicurato riceve rimborso da Fondi, Enti o altre Compagnie deve inviare il prospetto di liquidazione delle singole prestazioni di tali enti e le fotocopie delle fatture relative al rimborso.

Lingua della documentazione

La documentazione in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco deve essere accompagnata da traduzione in Italiano. Se non c'è la traduzione, eventuali spese per tradurla sono a carico dell'Assicurato.

Visite di medici incaricati da RBM Salute

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici incaricati da RBM Salute e ogni indagine o accertamento che questa ritenga necessari; per questo scopo liberano dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato.

L'accertamento può essere disposto

- non prima di 48 ore dalla denuncia del sinistro
- entro massimo 6 mesi dall'acquisizione della documentazione completa relativa al sinistro.

Decesso dell'Assicurato

Se in corso di validità della polizza l'Assicurato decede

- i suoi eredi legittimi devono subito avvisare RBM Salute
- gli obblighi previsti in questo articolo devono essere assolti dagli eredi aventi diritto per chiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

In questo caso, è necessario presentare altri documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato
- copia autenticata dell'eventuale testamento, o Dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà, con:
 - estremi del testamento
 - dichiarazione se il testamento è l'ultimo valido e non è stato impugnato
 - indicazione degli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire;
- se non c'è testamento: dichiarazione sostitutiva dell'Atto di notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato a pubblico ufficiale dalla quale risulti che:
 - l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento
 - le generalità, l'età e la capacità di agire degli eredi legittimi
 - non ci sono altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità
- se ci sono beneficiari minorenni o incapaci di agire: eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza RBM Salute a liquidare il capitale e ai beneficiari di riscuotere le quote loro destinate
- fotocopia di un documento d'identità valido e di tessera sanitaria/codice fiscale di ciascun erede
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, con il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici per rimborsare i sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura, come regolato in queste CDA.

Tali previsioni non operano relativamente all'indennità sostitutiva che non è trasmissibile agli eredi in caso di decesso dell'Assicurato avvenuto prima delle dimissioni.

Uso di medici, odontoiatri e strutture convenzionati

Se l'Assicurato utilizza una struttura convenzionata o un medico convenzionato o un odontoiatra convenzionato ha sempre l'obbligo di accedervi solo in Assistenza diretta.

Non è ammesso il Regime rimborsuale.

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura. L'elenco è consultabile nell'Area Riservata Sinistri del sito internet <https://webab.rbmsalute.it/arena-cassarbm2/> o nell'app mobile.

Prestazioni tra due annualità

Le prestazioni effettuate a cavallo di due annualità rientrano nel massimale dell'anno di esecuzione della prestazione stessa.

Non sono ammesse fatture in acconto.

Limiti di spesa pre e post ricovero/day hospital

I limiti di spesa (per esempio franchigia/scoperto/minimo non indennizzabile) applicati alle spese prima e dopo un ricovero/day-hospital sono quelli previsti dalla garanzia ricovero, diversi a seconda del regime di accesso alla singola prestazione prescelto (Assistenza diretta o Regime rimborsuale).

Nel caso in cui il ricovero non abbia luogo, le prestazioni autorizzate come pre ricovero vengono considerate come prestazioni extraospedaliere, se previste dalla polizza. L'Assicurato è tenuto a restituire a RBM Salute, a fronte di relativa richiesta scritta, gli importi a suo carico derivanti dall'applicazione della diversa garanzia (per esempio per una franchigia o uno scoperto di maggiore importo o, nel caso di prestazione non prevista, per l'intero costo della stessa).

Imposte e oneri amministrativi

Sono a carico dell'Assicurato:

- imposte e bolli
- oneri amministrativi di qualsiasi natura (per esempio spese per il rilascio di copia della cartella clinica).

Procedura di accesso alle prestazioni - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

Per ricevere prestazioni in regime di assistenza diretta, l'Assicurato dovrà preventivamente richiedere l'autorizzazione alla Centrale Operativa (operativa 24 ore su 24, 365 giorni l'anno) allegando la documentazione giustificativa necessaria, con un preavviso di almeno 48 ore lavorative.

Il rilascio dell'autorizzazione può essere richiesto attraverso:

- app mobile
 - portale web
 - numeri telefonici dedicati:
- +800991751 da telefono fisso o cellulare (numero verde);
- +39 04221744 461 per chiamate anche dall'estero.

L'Assicurato 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;
- prestazione da effettuare
- diagnosi/quesito diagnostico.

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

Il Network è in continua evoluzione e le strutture convenzionate possono cambiare anche in corso di copertura.

L'elenco delle strutture convenzionate è consultabile nell'Area Riservata Sinistri accessibile dal link <https://webab.rbmsalute.it/arena-rbmsalute2/> o tramite App mobile.

Documenti da trasmettere alla Centrale operativa

- **prescrizione medica** (compresa la prescrizione medica elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale vigente, che contiene il **quesito diagnostico/diagnosi** e la **patologia** per la quale è richiesta la prestazione specificata.

- non è richiesta per le prestazioni di prevenzione (sanitaria)
- prestazioni diverse dalla garanzia Ricovero: per la Centrale operativa può essere sufficiente la sola lettura della prescrizione, senza che sia necessario trasmetterla in questa fase.

- **copia del certificato di prenotazione del ricovero** per richieste di autorizzazione di prestazioni pre-ricovero in regime di Assistenza diretta

- **in caso di infortunio (tranne quanto previsto per le cure odontoiatriche da infortunio, che hanno una previsione dedicata) devono essere presentati anche:**

- **referto del Pronto Soccorso, redatto entro 7 giorni dall'infortunio;** in caso di assenza di strutture di Pronto Soccorso nella città in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può richiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato da un medico legale indicato e incaricato da RBM Salute, con spesa a carico dell'Assicurato. La spesa massima garantita della visita è pari a 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.

Le cure dentarie da infortunio devono essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio deve essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)

- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo: **anche il nominativo e il recapito del terzo responsabile.**

- **In caso di incidente stradale:** con la prima richiesta di attivazione di Assistenza diretta, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, l'Assicurato deve inviare anche il **verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole);

- **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti,** in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in soggetto con età inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale

- **in caso di cure dentarie da infortunio:** certificato di Pronto Soccorso o, in alternativa, dichiarazione relativa alle circostanze dell'infortunio. Per valutare se la prestazione può essere indennizzata, a seconda del tipo della prestazione, sono richieste alla struttura convenzionata o all'Assicurato anche:

- **fotografie (anche intraorali) e/o Radiografie endorali e/o**

- **Ortopanoramiche e/o Dentalscan e/o Teleradiografie**

- **certificati di laboratorio**

come meglio dettagliati a titolo esemplificativo nella tabella sotto riportata:

	Accertamenti diagnostici/evidenze pre prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze durante l'esecuzione prestazione richiesti	Accertamenti diagnostici/evidenze post prestazione richiesti
CONSERVATIVA (ad esempio cavità di 5^a classe di BLACK)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di ricostruzione con ancoraggio vite a perno	Fotografie e/o radiografie endorali. In caso di intarsi solo certificato di laboratorio
CHIRURGIA (ad esempio estrazione di dente o radice)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di intervento chirurgico preprotetico e asportazione cisti	Fotografie e/o radiografie endorali. Nei casi di <ul style="list-style-type: none"> - asportazione cisti mascellari: anche esame istologico e ortopanoramica post prestazione (ortopanoramica in alternativa a Rx endorale). - estrazione di dente in soggetto sottoposto a narcosi in circuito: anche fattura dell'anestesista - biopsie: esame istologico post prestazione.
IMPLANTOLOGIA (per es. impianto osteointegrato)	Radiografie endorali e/o ortopanoramiche e/o Dentalscan		Radiografie endorali e/o ortopanoramiche
PROTESICA (per es. protesi parziale definitiva rimovibile)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche		Fotografie con protesi applicata e certificato di laboratorio

ORTOGNATODONZIA (per es. terapia ortodontica con apparecchiature fisse)	Ortopanoramica, teleradiografia, fotografie intraorali e dei modelli in gesso singoli e in occlusione		Fotografie post prestazione (con apparecchio/bite applicato)
PARODONTOLOGIA (per es. levigatura delle radici)	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche	Fotografie in caso di: chirurgia gengivale, chirurgia mucogengivale o abbassamento di fornice, amputazioni radicolari, chirurgia ossea, innesto autogeno o di materiale biocompatibile (prima della sutura), lembo gengivale semplice, lembi (liberi o peduncolati) per la correzione di difetti mucogengivali, levigatura delle radici e/o curettage gengivale.	Fotografie e/o radiografie endorali e/o ortopanoramiche. In caso di placca di svincolo, anche certificato di laboratorio Placca di svincolo: foto post con apparecchio applicato e certificato laboratorio.
IGIENE ORALE (ablazione del tartaro)			Fotografie intraorali post prestazione
DIAGNOSTICA (per es. radiografia endorale)			Immagine referto che riporti data, nome e cognome dell'Assicurato beneficiario della prestazione

- **eventuale altra documentazione che si rendesse necessaria per valutare correttamente e poter autorizzare il sinistro.**

L'autorizzazione alle prestazioni in forma diretta, qualora la Centrale Operativa abbia concluso positivamente i controlli di natura amministrativa e medico assicurativa della richiesta avanzata, è trasmesso all'Assicurato a mezzo e-mail o sms e contestualmente anche alla struttura convenzionata individuata. L'Assicurato dovrà indicare all'atto della richiesta della prestazione sanitaria la modalità di ricezione tra sms o e-mail dell'autorizzazione. Qualora l'Assicurato non sia dotato di uno smartphone, per accedere alla struttura sanitaria dovrà scegliere come mezzo di ricezione dell'autorizzazione la mail ed eventualmente stampare lo stesso da un qualsiasi PC.

All'interno del sms o della email sarà presente un link web breve (c.d. "tiny link") che consentirà la visualizzazione dell'autorizzazione sullo schermo del device.

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

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

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

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

RBM Salute effettua il pagamento diretto delle spese indennizzabili a termini di polizza secondo le condizioni di convenzione stipulata con le Case di Cura, i professionisti e i centri clinici convenzionati. È data l'opportunità agli Assicurati, 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 RBM Salute, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@rbmsalute.it

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

Esclusivamente per la garanzia Ricovero, in ipotesi di assoluta impossibilità a contattare preventivamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà richiedere il rilascio dell'autorizzazione entro i 5 giorni successivi dall'inizio del ricovero e in ogni caso prima della sua dimissione dalla struttura convenzionata qualora fosse passato un minor numero di giorni.

Dovrà essere contattata la Centrale Operativa che provvederà a trasmettere apposito modulo da far compilare alla struttura sanitaria presso cui l'Assicurato è ricoverato.

Il modulo compilato va ritrasmesso alla Centrale Operativa tramite mail all'indirizzo assistenza.cnr@cassarbmsalute.it o fax al numero +39 0422.1744.961, **allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza** e, nel caso di infortunio, **il referto del Pronto Soccorso**, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

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

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

c) 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.

d) Dopo l'esecuzione della prestazione

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

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

Procedura di accesso alle prestazioni - Regime a Rimborso

La richiesta può essere fatta in 2 modi: **a) cartacea, b) on line**. In entrambi i casi:

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato e il rimborso è a favore dell'Assicurato titolare della copertura.

Le prestazioni devono

- **essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere)**

- **essere accompagnate dalla diagnosi o quesito diagnostico (indicazione della patologia o sospetta tale)**
- **fatturate** da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, deve riportare in modo evidente e leggibile **la specializzazione del professionista coerente con la diagnosi**.

Per valutare in modo corretto il sinistro o verificare la veridicità della documentazione prodotta in copia, RBM Salute può sempre chiederne anche gli originali.

Il pagamento di quanto dovuto all'assicurato a termini della presente polizza viene effettuato a cura ultimata entro 15 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Richiesta di rimborso cartacea

Per ottenere il rimborso, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile la documentazione medica completa, l'Assicurato deve compilare il **Modulo di richiesta di rimborso** (www.rbmsalute.it sezione Polizze Sanitarie Collettive – Modulistica) e allegare in fotocopia:

1. **documentazione quietanzata del pagamento delle spese** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di cura o da Centro medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista deve riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che deve essere coerente con la diagnosi. La documentazione di spesa deve avere la **marca da bollo** nei casi normativamente previsti e deve essere **fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge, a pena di inammissibilità della domanda di rimborso. In caso contrario, la domanda di rimborso è sospesa per 15 giorni; nel caso in cui non sia integrata entro tale periodo, la domanda è respinta**. L'Assicurato potrà comunque inserire una nuova domanda di rimborso, purché accompagnata da fattura fiscalmente in regola.
2. **prescrizione medica** (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo le norme regionali vigenti, che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate;
3. **copia conforme della cartella clinica completa, contenente anche la scheda di dimissione ospedaliera** (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital
4. dettagliata **relazione medica** che attesta la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento ambulatoriale;
5. copia del **tesserino “esenzione 048”** per prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.)
6. **referti degli accertamenti diagnostici eseguiti**, in caso di ricoveri medici, rimozione di mezzi di sintesi, safenectomia e interventi similari, diastasi muscoli retti, settoplastica, spondilolistesi, blefarocalasi/ptosi palpebrale, asportazioni dermatologiche, interventi odontoiatrici, interventi per obesità (ad esempio sleeve gastrectomy e bypass gastrointestinali), intervento alla cataratta in soggetto con età inferiore a 60 anni, isteroscopia operativa per polipo endometriale
7. in caso di **cure dentarie da infortunio**: certificato di Pronto Soccorso o, in alternativa, dichiarazione relativa alle circostanze dell'infortunio, Le richieste di rimborso devono essere presentate al termine del piano di cura, a meno che il piano non sia previsto per più di una annualità. In questo caso deve essere inviato il preventivo di spesa insieme alla prima richiesta di rimborso
8. in caso di **infortunio (tranne per le cure odontoiatriche da infortunio per le quali vale quanto scritto al precedente punto 8)** devono essere presentati anche:
 - **referto del Pronto Soccorso**; in caso di assenza di strutture di Pronto Soccorso nella città in cui si è verificato l'infortunio, l'Assicurato può presentare un certificato emesso da un presidio medico pubblico sostitutivo. In alternativa alla trasmissione del referto del Pronto Soccorso, l'Assicurato può richiedere, entro 7 giorni dall'infortunio, di essere visitato da un medico legale indicato e incaricato da RBM Salute, con spesa a carico dell'Assicurato. La spesa massima garantita della visita è pari a 55 euro e non può esserne richiesto il rimborso.Le cure dentarie da infortunio devono essere **congrue con le lesioni subite** e l'infortunio deve **essere comprovato con idonea documentazione (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie)**

- se l'evento dannoso è responsabilità di un terzo, **anche il nominativo e il recapito del terzo.**
- 9. In **caso di incidente stradale**: con la prima richiesta di rimborso, per prestazioni sanitarie necessarie in conseguenza dell'incidente, **l'Assicurato deve inviare anche il verbale dell'incidente redatto dalle forze dell'ordine o il Modulo CID** (constatazione amichevole).

Il modulo e gli allegati devono essere inviati a:
RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Ufficio Liquidazioni
via Enrico Forlanini 24
31022 Preganziol (TV) Loc. Borgo Verde

Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato può inviare on line la propria richiesta, con la documentazione giustificativa medica e di spesa:

- dalla propria area riservata (<https://webab.rbmsalute.it/arena-rbmsalute2/> - Gestisci la tua polizza on line - Fondi Sanitari Integrativi – Area Riservata sinistri)
- attraverso la App mobile.

La documentazione è trasmessa mediante scansione, che RBM Salute considera equivalente all'originale. RBM Salute si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture sanitarie, tutti i controlli necessari per prevenire possibili abusi nell'utilizzo di questo canale.

Chi non ha un accesso a internet, può chiedere il rimborso cartaceo.

Restituzione delle somme indebitamente pagate

Per ricovero in Assistenza diretta: se, durante o dopo il ricovero, si accerta che la polizza non è valida o che ci sono condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'assicurazione

- RBM Salute ne dà comunicazione scritta all'Assicurato
- l'Assicurato deve
 - restituire a RBM Salute tutte le somme che questa ha indebitamente pagato alla struttura e ai medici
 - oppure saldare direttamente sia la struttura che i medici.

CARD ELETTRONICA RBM ASSICURAZIONE SALUTE

RBM Salute prevede l'accesso al proprio network sanitario ed odontoiatrico a tariffe agevolate con utilizzo di apposita Card Elettronica.

Tale servizio prevede la possibilità per gli assicurati di accedere a tariffe scontate al network sanitario ed odontoiatrico convenzionato dedicato all'iniziativa (Istituti di Ricerca Scientifica, Case di Cura private, Aziende Ospedaliere, Centri Diagnostici, Ambulatori, Laboratori, Centri di Fisioterapia, Studi specialistici, Studi odontoiatrici), capillarmente diffuso sul territorio nazionale ed operante in tutte le specializzazioni mediche.

L'agevolazione tariffaria è applicata alle prestazioni di tipo sanitario (quali ad es. accertamenti diagnostici, esami di laboratorio, visite specialistiche, interventi chirurgici, prestazioni odontoiatriche e acquisto di lenti) e si estende anche a:

- cure ed interventi di natura estetica;
- assistenza domiciliare per minori, anziani e disabili;
- RSA e lungodegenze.

Il servizio assistenza è a disposizione degli assicurati per identificare nell'ambito della rete le strutture convenzionate più idonee in base alla patologia o presunta tale comunicata dall'assicurato stesso.

La Card è nominativa e si può scaricare dall'app mobile.

CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Se l'Assicurato dispone di un accesso a internet può:

Sul sito internet

Area riservata – Condizioni di assicurazione

Accedendo al sito www.rbmsalute.it l'Assicurato potrà visualizzare le presenti Condizioni di Assicurazione accedendo alla "Area riservata – Condizioni di assicurazione" presente nella sezione "Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi", inserendo le medesime credenziali di accesso dell'Area riservata sinistri.

Area riservata – Sinistri

Accedendo al sito <https://webab.rbmsalute.it/arena-cassarbm2/>

l'Assicurato può effettuare la preattivazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta o inoltrare le proprie richieste di rimborso **con modalità telematiche accedendo alla "Area Riservata Iscritti"** presente nella Home page.

App mobile "Citrus"

Con l'app mobile "Citrus®", è possibile:

- visualizzare e modificare i dati anagrafici e di contatto
- visualizzare i recapiti della Centrale Operativa;
- ricercare le strutture convenzionate con il Network
- visualizzare lo stato e i dettagli delle proprie pratiche;
- pre-attivare le prestazioni in regime di assistenza diretta.

Per accedere all'App è necessario usare le stesse credenziali di accesso all'Area riservata, alla quale quindi occorre prima iscriversi.



Marco Vecchietti
Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

Le Parti si danno reciprocamente atto che tutte le Condizioni del presente Contratto sono state oggetto di specifica trattativa e che pertanto non sono applicabili gli articoli 1341 e 1342 del Codice Civile.

Allegato 1: Scheda riassuntiva

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

COPERTURA BASE	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
massimale	€ 350.000,00
Ricovero con/senza intervento, Day Hospital a seguito di malattia e infortunio, Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, Trapianti a seguito di malattia e infortunio	
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	scoperto 20%
- Ticket	100%
Pre/Post	90 gg/90 gg
Rette di degenza	€ 910,00 al giorno
Accompagnatore	€ 100,00 al giorno, max 90 gg
Trasporto sanitario	€ 1.000,00 per ricovero
Parto e aborto terapeutico e spontaneo	€ 7.000,00
Indennità sostitutiva	€ 150,00 max 60 gg
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
1. Alta specializzazione	
Massimale	€ 4.000,00 a persona
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	scoperto del 20% per ogni accertamento diagnostico o ciclo di terapia
- Ticket	100%
2. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	
Massimale	€ 8.500,00 a persona
Condizioni:	
- diretta	franchigia € 50,00 per visita specialistica/accertamento diagnostico
- rimborso	Scoperto 20% e minimo € 70,00 euro per visita specialistica/accertamento diagnostico
- Ticket	100%
3. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	
Massimale	€ 500,00 a persona
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	50% del totale
- Ticket	100%
4. Assistenza infermieristica domiciliare	€ 100,00 max 100 gg
5. Protesi	massimale illimitato
Condizioni:	
- rimborso	scoperto 10% per fattura/persona
6. Malattie oncologiche	
Massimale in Network/S.S.N	€ 32.000,00 (non cumulabile con max fuori Network)
Massimale fuori Network	€ 37.000,00 (non cumulabile con max in Network/SSN)
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	scoperto 20% per fattura/persona
- Ticket	100%
7. Prevenzione	€ 5.000,00
8. Cure dentarie da infortunio	
Massimale	€ 2.000,00
Condizioni:	
- diretta	scoperto 15% per fattura/persona

- rimborso	80% per fattura/persona
- Ticket	100%
9. Grandi interventi odontoiatrici	
Massimale	€ 1.500,00
Condizioni:	
- rimborso	scoperto 20%
- Ticket	100%
10. Odontoiatria/ortodonzia	
Massimale	€ 252,01 a persona
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia

COPERTURA BASE + INTEGRATIVA	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
A) PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
massimale	€ 700.000,00
Ricovero con/senza intervento, Day Hospital a seguito di malattia e infortunio, Intervento chirurgico ambulatoriale a seguito di malattia e infortunio, Trapianti a seguito di malattia e infortunio	
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	nessuno scoperto/franchigia
- Ticket	100%
Pre/Post	90 gg/90 gg
Rette di degenza	€ 910,00 al giorno
Accompagnatore	€ 100,00 al giorno, max 90 gg
Trasporto sanitario	€ 1.000,00 per ricovero
Parto e aborto terapeutico e spontaneo	€ 7.000,00
Indennità sostitutiva	€ 150,00 max 60 gg
B) PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
11. Alta specializzazione	
Massimale	€ 8.000,00 a persona
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	nessuno scoperto/franchigia
- Ticket	100%
12. Visite specialistiche e accertamenti diagnostici	
Massimale	€ 17.000,00 a persona
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	nessuno scoperto/franchigia
- Ticket	100%
13. Trattamenti fisioterapici riabilitativi a seguito di infortunio	
Massimale	€ 1.000,00 a persona
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	nessuno scoperto/franchigia
- Ticket	100%
14. Assistenza infermieristica domiciliare	€ 100,00 max 100 gg
15. Protesi	illimitato
Condizioni:	
- rimborso	nessuno scoperto/franchigia
16. Malattie oncologiche	
Massimale in Network/S.S.N.	€ 64.000,00 (non cumulabile con max fuori Network)
Massimale fuori Network	€ 74.000,00 (non cumulabile con max in Network/SSN)
Condizioni:	

- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	nessuno scoperto/franchigia
- Ticket	100%
17. Prevenzione	€ 10.000,00
18. Cure dentarie da infortunio	
Massimale	€ 4.000,00
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia
- rimborso	nessuno scoperto/franchigia
- Ticket	100%
19. Grandi interventi odontoiatrici	
Massimale	€ 3.000,00
Condizioni:	
- rimborso	nessuno scoperto/franchigia
- Ticket	100%
20. Odontoiatria/ortodonzia	
Massimale	€ 504,02 a persona
Condizioni:	
- diretta	nessuno scoperto/franchigia

ALLEGATO 2

INFORMATIVA IN MATERIA DI RACCOLTA E UTILIZZO DEI DATI PERSONALI RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679

Rev.3 del 07/02/2019

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa che i dati personali da Lei forniti, riferiti sia a Lei che eventualmente ad altri Assicurati, formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta il RBM Assicurazione Salute S.p.A. (di seguito "RBM").

1 Finalità del trattamento

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali, anche sensibili¹, che riguardano Lei e/o gli altri Assicurati, al fine di fornire i servizi e/o prodotti assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Con riferimento a tali dati personali, si specifica che:

- alcuni (es. nome, cognome, indirizzo, codice fiscale) dovranno essere necessariamente forniti per dare esecuzione agli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte o a misure precontrattuali adottate su Sua richiesta;
- alcuni dovranno essere forniti per adempiere ad obblighi di legge connessi all'esecuzione degli eventuali contratti assicurativi di cui Lei sia parte²;
- alcuni potranno essere forniti, anche tramite dispositivi elettronici (smart-IOT), per poter usufruire dei diversi servizi connessi ai contratti assicurativi;
- alcuni Le verranno richiesti ma il loro rilascio, sempre connesso con la finalità di esecuzione di eventuali contratti assicurativi, sarà facoltativo (es. indirizzo di posta elettronica), per agevolare l'invio di avvisi e comunicazioni di servizio relative ai rapporti tra Lei ed RBM.

Registrandosi all' "Area riservata" del nostro sito internet e/o scaricando le nostre App per dispositivi mobili (*FeeelUp* e *Citrus*) tali dati saranno utilizzati per identificarLa come nostro assicurato, fornirLe i servizi previsti dalla sua polizza, inviarLe le comunicazioni necessarie alla gestione delle prestazioni garantite. Il conferimento di questi dati è necessario per permetterLe di ottenere i servizi online tramite l' "Area riservata" del nostro sito Internet o direttamente tramite le App dal suo smartphone, e per fornirLe, a mezzo email, SMS o, limitatamente alle App, tramite notifiche push, informazioni sullo stato delle Sue prenotazioni, promemoria o conferme di appuntamento, riscontri sulla liquidazione dei sinistri, periodici estratti conto dei sinistri.

Raccogliamo inoltre categorie particolari di dati (i cosiddetti dati sensibili, dati idonei a rivelare le sue condizioni di salute, come quelli riportati in prescrizioni, referti, fatture di specialisti, scontrini per l'acquisto di farmaci e dispositivi medici, ecc., inviatici in formato cartaceo o caricati in formato digitale nell' "Area riservata" del nostro sito, o tramite l'App utilizzando la fotocamera dello smartphone) per dare corso alle prestazioni previste dalla sua polizza e per fornirLe i servizi richiesti, nonché per adempimenti normativi. Il conferimento di questi dati è necessario per poterle fornire le prestazioni assicurative, ma potranno essere oggetto di trattamento soltanto previo rilascio di esplicito consenso suo o degli eventuali altri Assicurati interessati, qualora previsto dal contratto assicurativo.

Ai fini dell'estensione della copertura assicurativa a favore di altri Assicurati – qualora prevista dal contratto assicurativo – alcuni dati, anche rientranti nella categoria di dati particolari, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a Sua conoscenza, ove necessario per la gestione della polizza in essere, nonché per la verifica delle relative coperture e dei massimali garantiti.

¹ Per dati "sensibili" si intendono i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona, che il GDPR indica all'Art. 9 come "categorie particolari di dati personali".

² Ad esempio per disposizioni dell'IVASS e del Garante Privacy o per adempimenti in materia di accertamenti fiscali.

2 Modalità di trattamento e conservazione

I dati, forniti da Lei o da altri soggetti³, sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, in maniera da garantire un adeguato livello di sicurezza, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo.

I dati sono trattati in Italia; eventualmente, ove necessario, potranno essere comunicati, per la prestazione dei servizi richiesti, in Paesi dell'Unione Europea o anche fuori della Unione Europea, nel rispetto della normativa relativa alla protezione dei dati personali, ad altri soggetti con funzioni di natura tecnica organizzativa e operativa che fanno parte della c.d. catena assicurativa⁴. Tali soggetti tratteranno i dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in qualità di autonomi Titolari.

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

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

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo di vigenza del rapporto contrattuale e, al suo termine, per i tempi previsti dalla normativa in materia di conservazione di documenti a fini amministrativi, contabili, fiscali, contrattuali, assicurativi (di regola, 10 anni).

3 Diritti dell'interessato

Titolare del trattamento è RBM Assicurazione Salute S.p.A. Ai sensi e nei limiti del Capo III del GDPR, Lei potrà esercitare i seguenti diritti:

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

Per l'esercizio dei Suoi diritti ai sensi del Capo III del GDPR e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD-DPO) inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'Ufficio Privacy presso la sede di RBM Assicurazione Salute S.p.A. Via Forlanini, 24 – 31022 Preganziol (TV).

4 Titolare e Responsabile della Protezione dei Dati

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

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

³ Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni; organismi associativi e consorzi propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

⁴ Si tratta, in particolare, di 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 convenzionati 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 consorzi propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:

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

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

direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:

Via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)

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

Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it; rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico

Capitale Sociale € 160.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145

Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).