

Copertura Sanitaria SANITASS – Fondo Sanitario
Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale
per
F.A.S.I. RAI
Fondo di Assistenza Sanitaria interna per i dipendenti RAI
Categoria: Dipendenti in quiescenza

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)

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Prima della sottoscrizione leggere attentamente le condizioni
di assicurazione

MODELLO FI1837
Edizione 01/01/2020

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

SOMMARIO

Condizione di Assicurazione da pag. 1 a pag. 28:

- SEZIONE I

-
- Glossario *da pag. 1*

 - Capitolo 1 – Informazioni generali - *da pag. 4*

 - Capitolo 2 - Condizioni assicurative - *da pag. 6*

- SEZIONE II

-
- Capitolo 1 - Descrizione delle Prestazioni Assicurate - *da pag. 9*

 - Capitolo 2 - Delimitazioni ed Esclusioni dell'Assicurazione - *da pag. 14*

 - Capitolo 3 - Liquidazione dell'indennizzo - *da pag. 15*

- SEZIONE III

-
- Capitolo 1 – ComfortSalute® *da pag. 23*

Allegati:

-
- 1) Elenco Grandi Interventi

 - 2) Scheda riassuntiva Massimali/somme assicurate, scoperti e franchigie

 - 3) 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 carattere "sottolineato e grassetto".



Sezione I

GLOSSARIO

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

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

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

Associato: F.A.S.I. RAI – FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTERNA PER I DIPENDENTI RAI associato alla Cassa.

Azienda: Gruppo RAI.

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

Cassa/Fondo: SANITASS – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale, via Victor Hugo, 2 20100 Milano (MI), C.F. 97554000154, soggetto avente finalità assistenziale ed abilitato a norma di legge anche ai sensi dell'Art 51 del D.P.R. n. 917/1986, a ricevere i contributi e ad assumere la contraenza del programma sanitario ai fini degli aspetti fiscali e contributivi.

CDA: condizioni di assicurazione.

Centro Medico: struttura, ambulatorio o poliambulatorio anche non adibiti al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direttore sanitario iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.

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

Contraente: SANITASS – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale, via Victor Hugo, 2 20100 Milano (MI), C.F. 97554000154, il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.

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

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



Evento/Data Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere** - il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale (anche per più patologie). La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni Extraospedaliere** - tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.
- **Prestazioni Odontoiatriche** - la prestazione. La data evento è quella in cui è eseguita la prestazione relativa allo specifico evento.

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

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

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

Intervento ambulatoriale: Intervento di piccola chirurgia eseguito senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

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

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

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

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

MAC (Macroattività Ambulatoriale Complessa): modalità organizzativa di prestazioni terapeutiche e diagnostiche complesse, con cui diversi specialisti interagiscono in maniera coordinata; pertanto consente l'erogazione di prestazioni di carattere diagnostico, terapeutico e riabilitativo che non comportino la necessità del ricovero ordinario e che per loro natura o complessità di esecuzione richiedano che sia garantito un regime di assistenza medica ed infermieristica continua, non attuabile in ambiente ambulatoriale.

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

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



Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

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

Network: rete convenzionata di Previmedical S.p.A., costituita da Ospedali, Istituti a carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, Medici Specialisti ed Odontoiatri, per l'erogazione delle prestazioni in regime di assistenza diretta e mista.

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 sito internet www.rbmsalute.it o tramite App mobile.

Nucleo familiare: il coniuge o il convivente more-uxorio o la persona unita civilmente ai sensi della L. 20 maggio 2016 n. 76 ss.mm, i figli risultanti dallo stato di famiglia e/o i figli del convivente purché risultanti dallo stato di famiglia. Sono altresì inclusi i figli fino al 32^a anno di età non conviventi, purché sia assicurato tutto il nucleo familiare del dipendente al completo, con corresponsione del relativo premio previsto dal contratto.

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

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società.

Questionario anamnestico: il documento che descrive la storia clinica e lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

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

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

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

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

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

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

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



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

Società: RBM Assicurazione Salute S.p.A.

Sub-massimale: la spesa massima rimborsabile per specifiche prestazioni previste nelle CDA, fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo e nell'ambito dei massimali previsti, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per Nucleo familiare.

Nel caso di ricovero con intervento chirurgico esso comprende oltre all'intervento principale anche eventuali interventi concomitanti.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, effettuate esclusivamente presso Centri Medici, ed eseguiti da medico specialista o da 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) o da 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, salvi ulteriori requisiti di legge.

Non rientrano nella definizione, e pertanto sono in ogni caso escluse dalla copertura assicurativa, tutte le prestazioni finalizzate al trattamento di problematiche di natura estetica, nonché le prestazioni eseguite con strumenti il cui utilizzo preminente avvenga nell'ambito della medicina estetica.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria, nonché da altre tipologie di professionisti (quali a titolo esemplificativo il Biologo Nutrizionista).

CAPITOLO 1 – INFORMAZIONI GENERALI

Art. 1. Informazioni generali sull'impresa di assicurazione

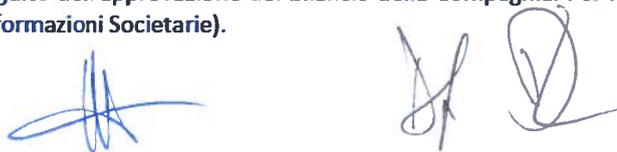
- a) RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. (di seguito per brevità anche RBM Salute S.p.A.);
- b) Sede legale e direzione generale: via Forlanini 24, 31022 Borgo Verde - Preganziol, Treviso (Italia)/sede secondaria: via Victor Hugo 4, 20123 Milano (Italia);
- c) Recapiti telefonici: +39 0422 062700 (sede legale e direzione generale) / +39 02 91431789 (sede secondaria); sito internet: www.rbmsalute.it; indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it; indirizzo di posta elettronica certificata: rbmsalutespa@pec.rbmsalute.it;
- d) RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. è iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 2/11/2007 n. 255).

Art. 2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'Impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2018

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

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



Indice di solvibilità²:

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

Art. 3. Periodi di carenza contrattuali

La polizza non prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).

Art. 4. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

Art. 5. Diritto di recesso

La facoltà di recesso da parte del contraente è prevista.

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

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

Art. 7. Reclami

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

- tramite compilazione di apposita form-mail, reperibile sul sito della Compagnia www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami, compilabile direttamente on line;
- tramite posta, ordinaria o raccomandata, indirizzata a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde;
- via fax al numero 0422/062909;
- via mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it.

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

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

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

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

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

- rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
- avvalersi della procedura di mediazione obbligatoria ai sensi del D. Lgs. n. 28/2010 per le controversie in materia di contratti assicurativi, rivolgendosi ad un Organismo di Mediazione – a sua libera scelta - accreditato presso il Ministero della Giustizia;
- avvalersi degli altri sistemi alternativi vigenti per la risoluzione delle controversie.

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

² L'indice di solvibilità rappresenta rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.



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

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

CAPITOLO 2 - CONDIZIONI ASSICURATIVE

Art. 8. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati, il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato durante l'operatività del presente Contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio (si riporta nell'Allegato 2 una Scheda riassuntiva dei massimali/somme assicurate e/o franchigie e/o scoperti previsti per singola garanzia assicurata).

Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio – Questionario sanitario

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

L'Assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio.

L'Assicurato, i suoi familiari e i suoi aventi diritto devono consentire in qualsiasi momento alla Società indagini o accertamenti al fine di verificare la veridicità di tutte le dichiarazioni e i dati acquisiti dalla stessa (es. legami familiari, familiari a carico) quali elementi necessari per valutare l'operatività delle coperture assicurative.

È prevista la compilazione e sottoscrizione del Questionario sanitario, prima della sottoscrizione, ove previsto, il soggetto legittimato deve verificare l'esattezza delle dichiarazioni in esso riportate.

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

Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni, dalle ore 00:00 del giorno 01/01/2020 se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00:00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Trascorso il termine di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigere giudizialmente l'esecuzione.

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

Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, prevede un frazionamento mensile anticipato come riportato sul certificato di polizza.

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società, direttamente o tramite l'intermediario al quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario, con cadenza semestrale posticipata.

L'anagrafica provvisoria dovrà pervenire alla Società entro 30 gg alla data di decorrenza, tramite tracciato informatico concordato.



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

Art. 11. Variazione delle persone assicurate

11.1. Nuove adesioni

La garanzia decorre:

- per gli ex Dipendenti RAI (e relativi nuclei familiari) iscritti al F.A.S.I. RAI entro il 31/01/2020, dalle ore 00:00 dell'01/01/2020 purché siano stati versati i relativi premi indicati nella tabella precedente;
- per gli Ex dipendenti già assicurati come dipendenti attivi con adesione entro il 31/12 dell'anno di pensionamento con validità della copertura assicurativa, dalle ore 00:00 dell'1/1 dell'annualità assicurativa successiva all'adesione purché siano stati versati i relativi premi indicati nella tabella precedente;
- per tutti i soggetti che aderiranno entro il 31/12 o 30/6 dell'annualità assicurativa, con assunzione del rischio subordinata all'esame del questionario anamnestico, la garanzia avrà effetto dalle ore 00:00 del 01/01 e 01/07 di ciascuna annualità assicurativa fermo restando il termine di carenza previsto al successivo articolo 11.3, rispettivamente per le adesioni pervenute nei sei mesi precedenti, purché siano stati versati i relativi premi.

11.2. Inclusione di familiari

E' data facoltà ad ogni Assicurato di includere in garanzia il nucleo familiare mediante compilazione e sottoscrizione dell'apposita adesione nei termini previsti dal contratto e con il pagamento di un premio aggiuntivo. Il nucleo familiare deve essere interamente assicurato salvo il caso in cui i componenti del nucleo siano assicurati con altre polizze simili, in questo caso l'obbligo di assicurarli decorrerà dalla scadenza di dette altre polizze.

Qualora si verifichi l'esclusione di un componente la garanzia si intenderà prestata fino alla scadenza annuale successiva alla variazione del nucleo stesso.

11.3. Persone Assicurate:

L'assicurazione è prestata a favore:

- degli ex Dipendenti RAI (e relativi nuclei familiari) iscritti al F.A.S.I. RAI entro il 31/01/2020 ed Ex dipendenti già assicurati come dipendenti attivi con adesione entro il 31/12 dell'anno di pensionamento con validità della copertura assicurativa a partire dall'1/1 dell'annualità assicurativa successiva all'adesione.
- dei pensionati (e relativi nuclei familiari) che non abbiano aderito nei termini previsti dal precedente punto che potranno aderire alla polizza entro il 30/06 o entro il 31/12 dell'annualità assicurativa con obbligo di compilazione del questionario anamnestico e ingresso in garanzia subordinato alla valutazione dello stato di salute di ciascuna persona, fermo restando quanto previsto all'art. 11 (Variazione delle persone assicurate) e con i seguenti termini di carenza:
 - giorni 180 dalla data di ingresso in garanzia per le conseguenze di stati patologici insorti anteriormente alla data di effetto della copertura assicurativa;
 - giorni 270 dalla data di ingresso in garanzia per parto e aborto terapeutico.

Art. 12. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

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

Art. 13. Forma delle comunicazioni

Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 14. Obblighi di consegna documentale a carico del Contraente

Prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Contraente ha l'obbligo di consegnare all'Assicurato i seguenti documenti:

a) Richiesta di adesione;

b) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati personali);

c) Condizioni di Assicurazione.

Una copia della Richiesta di Adesione e dell'Informativa Privacy, entrambe sottoscritte dall'Assicurato, dovrà rimanere in possesso del Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Società qualora questa ne faccia richiesta.

Art. 15. Trasferimento di agenzia e operazioni societarie straordinarie

Nei casi di:

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

la Società, entro il termine di dieci giorni dalla data di efficacia dell'operazione, renderà al Contraente un'informativa di dettaglio.

Il Contraente è tenuto, a sua volta, a comunicare tali informazioni ad ogni Assicurato.

Art. 16. Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

Art. 17. Regime fiscale

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

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente anche se il pagamento ne sia stato anticipato dalla Società.

Art. 18. Foro Competente

Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata:

- per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società.

- per ogni controversia tra la Società e l'Assicurato è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Art. 19. Controversie: mediazione

Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.

L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.

Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo le previsioni dell'articolo "Foro competente".

Art. 20. 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 di Legge vigenti in Italia.



Sezione II

CAPITOLO 1 - DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 21. Descrizione delle prestazioni Assicurate

La Società assicura, fino a concorrenza dei massimali e/o somme assicurate e con i limiti indicati, il rimborso delle seguenti spese sostenute dall'Assicurato durante l'operatività del presente Contratto e rese necessarie a seguito di malattia o infortunio (si riporta nell'Allegato 2 una Scheda riassuntiva dei massimali/somme assicurate e/o franchigie e/o scoperti previsti per singola garanzia assicurata; gli esempi forniti riportano costi di prestazione puramente indicativi).

La presente copertura è prestata per le garanzie operanti ad integrazione dell'Assistenza Sanitaria Nazionale per la parte di spese sanitarie non sostenute dalla stessa.

OPZIONE BASE

PRESTAZIONI OSPEDALIERE

A) OSPEDALIERE

1) Spese rimborsabili in caso di ricovero in Istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo



Nei 90 giorni precedenti il ricovero in istituto di cura o l'intervento chirurgico, effettuato anche in ambulatorio, la Società rimborsa le spese per:

- accertamenti diagnostici;
- prestazioni di laboratorio (analisi ed esami);
- onorari medici;
- trasporto all'istituto di cura dell'assicurato a seguito di malattia o infortunio con ogni mezzo sanitariamente attrezzato fino alla concorrenza del sub-limite di € 1.550,00;

Durante il ricovero in istituto di cura, la Società rimborsa le spese per:

- onorari medici;
- rette di degenza fino alla concorrenza di € 155,00 giornalieri, l'eccedenza di tale somma verrà liquidata al 50%;
- accertamenti diagnostici (analisi ed esami);
- medicinali;
- cure e trattamenti fisioterapici e rieducativi;
- assistenza infermieristica;
- rette di vitto e pernottamento, nell'istituto di cura, dell'accompagnatore, fino alla concorrenza di € 78,00 giornalieri e per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo elevati a € 130,00 in caso di ricovero e/o intervento all'estero; in quest'ultimo caso ove la struttura ospedaliera non preveda l'alloggio per l'accompagnatore saranno rimborsate le spese alberghiere purché documentate; in caso di ricovero in ospedale pubblico italiano laddove il medico curante (o struttura sanitaria) attesti l'esigenza della presenza di un accompagnatore ma non consenta il pernottamento, la garanzia sarà operante per le spese alberghiere, nel limite previsto, purché il ricovero avvenga in Ospedale pubblico ubicato oltre 50 Km dal luogo di residenza dell'accompagnatore.



Nonché, in caso di intervento chirurgico (anche in ambulatorio e pronto soccorso) per:

- onorari del chirurgo, dell'aiuto, dell'assistente, dell'anestesista e di ogni altro soggetto partecipante all'intervento;
- diritti di sala operatoria;

- materiale di intervento, compresi endoprotesi e pace-maker applicati durante l'intervento;
- ricovero del donatore dell'organo trapiantato all'Assicurato;

Nei 90 giorni dopo la cessazione del ricovero in istituto di cura, o l'intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso (limitatamente alle spese sostenute in conseguenza diretta dell'infortunio, della malattia o del parto cesareo che hanno dato luogo al ricovero e/o intervento chirurgico) fino alla concorrenza del sub-limite del **10%** della somma assicurata per:

- onorari dei medici;
- accertamenti diagnostici;
- prestazioni di laboratorio (analisi ed esami);
- trattamenti medico chirurgici, infermieristici, fisioterapici, rieducativi;
- medicinali;
- cure termali (escluse le spese di natura alberghiera).

Inoltre la Società rimborsa le spese sostenute per:

- cure dentarie rese necessarie da infortunio;
- per aborto terapeutico, aborto spontaneo o post-traumatico comportante il ricovero (anche in regime di day-hospital);
- per assistenza medica al neonato nei primi **180 giorni** di vita praticata in regime di ricovero, fino alla concorrenza del sub-limite di **€ 500,00** ed anche nei casi di parto non cesareo.
- interventi chirurgici sul feto, purché volti alla correzione di difetti e malformazioni dello stesso.
- A parziale deroga di quanto previsto al punto 6 dell'art. 23 "Esclusioni", si intendono compresi nell'ambito della presente garanzia gli interventi volti alla correzione dei difetti refrattivi effettuati con trattamento laser (PRK, LASIK, PTK) esclusivamente nel caso in cui tali difetti siano molto disturbanti e non ben corretti da presidi ottici o siano la conseguenza di altre patologie oculari o di eventi traumatici.



I criteri di valutazione sono i seguenti:

- In caso di MIOPIA: se maggiore di 8 diottrie;
- In caso di IPERMETROPIA: se maggiore di 4 diottrie;
- In caso di ASTIGMATISMO: se maggiore di 3,5 diottrie;
- In caso di ANISOMETROPIA: se maggiore di 3 diottrie.

Nei casi sopra citati l'assicurato dovrà fornire documentazione medica attestante:

- 1) Il tipo di trattamento laser da effettuare (PRK, LASIK, PTK);
- 2) I dati refrattivi preoperatori (rilevati da schiascopia cicloplegica e autorefrattometro);
- 3) le caratteristiche tecniche del trattamento da effettuare;
- 4) idonea certificazione medica attestante la patologia o l'evento traumatico causa del disturbo di rifrazione.

2) Indennità sostitutiva del rimborso



Qualora il ricovero in Istituto di Cura sia a totale carico del Servizio Sanitario Nazionale, la Società corrisponde per ciascuna giornata di degenza una indennità di **€ 62,00**, per la durata massima di **120 giorni** per anno assicurativo, per assicurato e/o nucleo familiare.

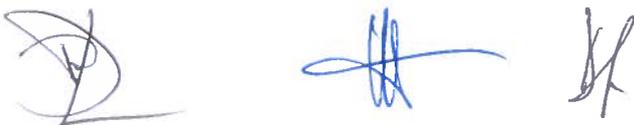
Nel caso di "grande intervento chirurgico" l'importo della diaria si intende elevato a **€ 104,00**. Non danno diritto all'indennità i ricoveri in Day Hospital.

Sono inoltre riconosciute le spese pre e post ricovero entro i limiti previsti dalla garanzia "Ricovero in istituto di cura" punto 1, con applicazione della detrazione prevista per il regime rimborsuale.

MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 52.000,00** a nucleo.

Nel caso in cui l'Assicurato subisca un intervento chirurgico rientrante tra quelli definiti "Grande intervento chirurgico" (come da elenco di cui all'Allegato 1), il **massimale annuo assicurato si intende raddoppiato**, e tiene conto di eventuali sinistri già liquidati nel medesimo anno assicurativo.



FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno **scoperto del 20% col minimo di € 2.000,00 per evento**; la Società provvede a pagare direttamente all'Istituto di cura e/o medici convenzionati quanto agli stessi dovuto a termini di polizza. Resterà a carico dell'Assicurato e dovrà essere dallo stesso versato, all'atto della dimissione dall'Istituto di cura, il costo delle prestazioni che non sono contemplate dalla copertura nonché le somme relative alle spese non sanitarie (telefono, bar etc.) e l'eccedenza **al 50%** della retta di degenza qualora la stessa superi l'importo garantito di **€ 155,00 giornalieri**. Altri titoli di spesa, non compresi nelle convenzioni, per i quali l'Assicurato abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di assicurazione, dovranno essere inviati dall'Assicurato stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione secondo i criteri previsti.
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical (regime rimborsuale) verrà applicato uno **scoperto del 20% col minimo di € 2.000,00 per evento**; tale limitazione non verrà applicata per le rette di degenza, per le quali vale la specifica pattuizione.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 52.000,00

Costo dell'intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 20% minimo € 2.000,00

Prestazione autorizzata € 14.298,00 di cui € 11.438,40 a carico della Società e € 2.859,60 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 52.000,00

Richiesta di rimborso per intervento di colecistectomia € 14.298,00

Scoperto 20% minimo € 2.000,00

Indennizzo € 11.438,40 (€ 14.298,00 - 20%, perché lo scoperto del 20% del danno è superiore al minimo non indennizzabile)

B) Spese rimborsabili nel caso di parto non cesareo

La Società rimborsa le spese sostenute in caso di ricovero per parto non cesareo per:

- onorari dei medici, dell'ostetrico;
- rette di degenza;
- accertamenti diagnostici;
- assistenza infermieristica.



MASSIMALE

Il **massimale annuo assicurato** per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 500,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno **scoperto del 20%**; resterà a carico dell'Assicurato e dovrà essere dallo stesso versato, all'atto della dimissione dall'Istituto di cura, il costo delle prestazioni che non sono contemplate dalla copertura nonché le somme relative alle spese non sanitarie (telefono, bar etc.) e le somme eccedenti il limite previsto. Altri titoli di spesa, non compresi nelle convenzioni, per i quali l'Assicurato abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di assicurazione, dovranno essere inviati dall'Assicurato stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione secondo i criteri previsti.

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 20%.

PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

C) Spese rimborsabili in caso di prestazioni extraospedaliere

La Società rimborsa le spese extraospedaliere per le seguenti prestazioni sanitarie e specialistiche conseguenti a malattia o infortunio:

- CHEMIOTERAPIA
- COBALTOTERAPIA
- DIALISI
- DOPPLER
- ELETTROCARDIOGRAFIA
- ELETTROENCEFALOGRAFIA
- ENDOSCOPIA
- LASERTERAPIA
- RADIOTERAPIA
- RISONANZA MAGNETICA NUCLEARE
- SCINTIGRAFIA
- TAC
- TELECUORE



MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 5.200,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo di € 50,00; resterà a carico dell'Assicurato e dovrà essere dallo stesso versato il costo delle prestazioni che non sono contemplate dalla copertura. Altri titoli di spesa, non compresi nelle convenzioni, per i quali l'Assicurato abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di assicurazione, dovranno essere inviati dall'Assicurato stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione secondo i criteri previsti.

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo di € 50,00;

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 5.200,00

Costo della Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoperto 20% minimo € 50,00

Prestazione autorizzata € 245,00 di cui € 195,00 a carico della Società e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale € 5.200,00

Richiesta di rimborso per Risonanza magnetica al ginocchio € 245,00

Scoperto 20% minimo € 50,00

Indennizzo € 195,00 (€ 245,00 - € 50,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)



D) Spese rimborsabili in caso di ticket sanitari per visite specialistiche domiciliari e accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni, effettuate in assenza di ricovero, conseguenti a malattia o infortunio, salvo quanto previsto nell'Opzione facoltativa "Visite Specialistiche":

- Ticket sanitari relativi a Visite Specialistiche (escluse visite pediatriche, odontoiatriche, ortodontiche) (escluse visite pediatriche, odontoiatriche, ortodontiche);
- accertamenti diagnostici esami ed analisi di laboratorio effettuati presso il Servizio sanitario Nazionale;



MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a **€ 500,00** a nucleo.

E) Ticket sanitari e/o spese sanitarie

Nel caso in cui la prestazione di cui alle garanzie C) (prestazioni specialistiche extraospedaliere) e D) (ticket sanitari per visite specialistiche domiciliari e accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio) l'Assicurato si avvalga del Servizio Sanitario Nazionale, la Società, nei limiti delle somme assicurate per ogni singola garanzia, rimborserà le spese sostenute senza applicazione di alcuna franchigia, sempreché la spesa sostenuta sia superiore a **€ 25,00** anche se per più di una prestazione e per patologie diverse.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

F) Cure Dentarie da Infortunio

Sono comprese le cure dentarie rese necessarie da infortunio, effettuate esclusivamente presso gli Studi Dentistici convenzionati.



MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate corrisponde a **€ 10.000,00** a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato come di seguito specificato:

• nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical (regime di assistenza diretta) non è applicato alcuno scoperto/franchigia e sarà riconosciuto entro i limiti previsti dal tariffario allegato. Resterà a carico dell'Assicurato e dovrà essere dallo stesso versato il costo delle prestazioni che non sono contemplate dalla copertura o eccedenti i limiti previsti.

OPZIONE FACOLTATIVA

E' data facoltà ai singoli iscritti, a fronte del pagamento del relativo premio, di scegliere l'opzione "Visite specialistiche", in alternativa alle prestazioni base previste nel presente contratto "Opzione Base", prevede estensioni di garanzia per i punti A, C e D come di seguito indicato:

- 1) *al punto A) "Spese rimborsabili in caso di ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo"*

Il minimo di franchigia previsto per le prestazioni di cui al punto A, descritti alla voce "Franchigie e scoperti" si intende ridotto, come segue:

- da € 2.000,00 a € 1.000,00 per evento in caso di Day Hospital;
- da € 2.000,00 a € 300,00 per evento per gastroscopie ed endoscopie con prelievo biptico;

2) al punto C) "Spese rimborsabili in caso di prestazioni extraospedaliere"

Tra le prestazioni extraospedaliere si intende inclusa la MOC .

3) il punto D) "Spese rimborsabili in caso di Ticket sanitari per visite specialistiche domiciliari e accertamenti diagnostici. esami ed analisi di laboratorio" si intende sostituito, come segue:

Spese rimborsabili in caso di prestazioni domiciliari e ambulatoriali

La Società rimborsa le spese sostenute per le seguenti prestazioni effettuate fuori dall'Istituto di Cura conseguenti a malattia o infortunio:

- onorari medici specialistici (escluse visite pediatriche, odontoiatriche, ortodontiche);
- accertamenti diagnostici;
- esami ed analisi di laboratorio.



MASSIMALE

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle prestazioni suindicate è pari a € 1.000,00 a nucleo.

FRANCHIGIE E SCOPERTI

Il rimborso delle spese previste verrà effettuato, in base al regime utilizzato, come di seguito specificato:

- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici convenzionati con il Network Previmedical (regime di assistenza diretta) verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo di € 50,00 per evento; resterà a carico dell'Assicurato e dovrà essere dallo stesso versato il costo delle prestazioni che non sono contemplate dalla copertura. Altri titoli di spesa, non compresi nelle convenzioni, per i quali l'Assicurato abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di assicurazione, dovranno essere inviati dall'Assicurato stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione secondo i criteri previsti.
- nel caso in cui l'Assicurato utilizzi Strutture sanitarie e Medici non convenzionati con il Network Previmedical (regime rimborsuale) verrà applicato uno scoperto del 20% col minimo di € 50,00 per evento.

Esempi:

Regime di assistenza diretta

Massimale € 1.000,00

Costo del RX torace € 65,00

Scoperto 20% minimo € 50,00

Prestazione autorizzata € 65,00 di cui € 15,00 a carico della Società e € 50,00 a carico dell'Assicurato

Regime rimborsuale

Massimale 1.000,00

Richiesta di rimborso per RX torace € 65,00

Scoperto 20% minimo € 50,00

Indennizzo € 15,00 (€ 65,00 - € 50,00, perché lo scoperto del 20% del danno è inferiore al minimo non indennizzabile)

CAPITOLO 2 - DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art. 22. Termini di aspettativa e limiti delle prestazioni

Le garanzie decorrono dalla data di effetto dell'assicurazione. Esse comprendono anche le malattie che siano l'espressione o la conseguenza di situazioni patologiche insorte anteriormente alla

stipulazione del contratto o di una successiva appendice di inclusione di persone, nonché le malattie croniche recidivanti, fermo quanto previsto agli artt. 11.5 e 10 per le persone soggette a compilazione del questionario anamnestico.

Art. 23. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali e medicinali, tranne quelli già espressamente previsti per la garanzia A. 1 "Spese rimborsabili in caso di ricovero";
- 2) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere ivi compresi i comportamenti nevrotici fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico per i quali verrà riconosciuto il solo rimborso delle spese inerenti l'intervento stesso;
- 3) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- 4) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- 5) il rimborso delle spese relative ad infortuni sofferti in conseguenza di stato di ubriachezza o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 6) le cure o gli interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici, menomazioni o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali l'Assicurato sia portatore inconscio;
- 7) le applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento chirurgico demolitivo conseguente a neoplasia;
- 8) le cure dentarie e delle parodontopatie non rese necessarie da infortunio ed in ogni caso le protesi dentarie e le cure e protesi ortodontiche, salvo quanto previsto nella garanzia F "Cure dentarie da infortunio";
- 9) le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30106/65 n. 1124;
- 10) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- 11) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, tumulti popolari, atti violenti o aggressioni cui l'Assicurato abbia preso parte attiva e volontaria, che abbiano movente politico o sociale, da movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- 12) nei casi di compilazione del questionario anamnestico, le malattie manifestatesi precedentemente alla data di decorrenza della copertura nonché le relative conseguenze, salvo quelle indicate nel Questionario Sanitario e non esplicitamente escluse;
- 13) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.

Art. 24. Persone non assicurabili – Limite di età

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione del contratto abbiano compiuto il 80^a anno di età. L'assicurazione vale per gli ex dipendenti di età non superiore a 80 anni e relativi nuclei familiari indipendentemente dall'età degli stessi e cessa alla successiva scadenza annuale del premio per quelli che raggiungano tale limite di età nel corso di validità della polizza.

Non sono assicurabili con il presente contratto, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, **le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza.** L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Tuttavia, in caso di insorgenza successiva alla data di effetto della presente copertura, il sinistro riguardante le seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organico cerebrali, sarà ammesso al beneficio delle prestazioni assicurative, **limitatamente al primo ricovero.**

CAPITOLO 3 - LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

Art. 25. Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni

Il sinistro deve essere denunciato dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. **L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o**



parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

Per le prestazioni ospedaliere, la data del sinistro è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l'intervento chirurgico in ambulatorio; per le prestazioni extraospedaliere la data del sinistro è quella della prima prestazione sanitaria erogata, relativa allo specifico evento. Per le prestazioni odontoiatriche la data evento è quella in cui è eseguita la singola prestazione relativa allo specifico evento.

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

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

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

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

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

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

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

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 sito internet www.rbmsalute.it o tramite App mobile.

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



Prestazioni cicliche di Fisioterapia post ricovero:

L'assicurato potrà richiedere la prima seduta in regime di assistenza diretta secondo l'usuale procedura standard. In seguito alla prima seduta fisioterapica, qualora si rendessero necessarie eventuali ulteriori prestazioni, sarà il fisioterapista stesso a richiedere l'autorizzazione per ogni singola seduta che sarà effettuata coordinandosi direttamente con la Centrale Operativa.

Procedura operativa - Regime di assistenza diretta

a) Prima della prestazione

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

Si precisa che, anche per le prestazioni odontoiatriche, l'Assicurato dovrà di volta in volta richiedere singolarmente l'emissione del VoucherSalute® per ogni prestazione che deve eseguire e che non saranno prese in considerazione richieste di autorizzazioni che pervengano direttamente dagli Studi Odontoiatrici.

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

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

Il rilascio del VoucherSalute® può essere richiesto attraverso:

- app mobile
- portale web
- numeri telefonici dedicati: - 800.99.48.86 da telefono fisso (numero verde); - +39 0422.17.44.047 da telefono cellulare e per chiamate dall'estero.

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

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

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

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

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



L'Assicurato non si attivasse per tempo si ricorda che non è garantita l'esecuzione della prestazione in tempi inferiori a 30 giorni e pertanto potrebbe non essere operante la copertura.

L'Assicurato dovrà trasmettere alla Centrale Operativa - tramite portale web o app mobile o a mezzo mail all'indirizzo centraloperativa.fasirai@previmedical.it o via fax, al numero 0422.17.44.547 – la seguente documentazione:

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

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

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

- **copia del tesserino “esenzione 048” in caso di prestazioni oncologiche di follow-up;**
- **In caso di infortunio dovranno essere presentati anche i seguenti documenti:**
 - ⇒ **il referto del Pronto Soccorso, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);**
 - ⇒ **in deroga all'obbligo di presentazione del certificato di Pronto Soccorso, la Compagnia accetta quale documentazione equivalente, a condizione che la richiesta pervenga entro 60gg. dall'evento, il referto di visita medica tenuta da Medico Legale indicato dalla compagnia, il cui costo (non superiore ad € 55,00) sarà a carico dell'assicurato e non potrà essere rimborsato.**
 - ⇒ **qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole);**
- **quant'altro necessario ai fini della corretta valutazione ed autorizzabilità del sinistro.**

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

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

Come anticipato, la scadenza del periodo di validità del VoucherSalute[®] è fissata in 30 giorni dalla data di emissione dello stesso; nel caso in cui il VoucherSalute[®] fosse scaduto, l'Assicurato potrà richiederne la ri-emissione immediata entro un massimo di 7 giorni di calendario dal giorno della scadenza (l'Assicurato non dovrà più attendere il decorso di ulteriori 7 giorni di calendario dalla richiesta) tramite la propria Area Riservata o l'App Mobile senza necessità di allegare nuovamente la documentazione già trasmessa. Diversamente, trascorsi i predetti 7 giorni dalla scadenza del voucher,



l'Assicurato dovrà richiedere l'emissione di un nuovo Voucher Salute[®], r allegando integralmente la documentazione necessaria. Il VoucherSalute[®] sarà rinnovabile a partire dal 20mo (ventesimo) giorno dalla sua emissione per un numero massimo di ulteriori due volte, quindi con una finestra complessiva di validità di 90 giorni, a meno di limiti di permanenza in copertura che intervengano prima dei 90 giorni per raggiungimento del termine previsto per usufruire della garanzia o per cessazione della copertura **(Esempio: il VoucherSalute[®] è emesso il 01/03/2019; a partire dal 20/03/2019 l'Assicurato che non lo abbia ancora utilizzato potrà generarne uno nuovo che avrà 30 giorni di validità a decorrere dalla sua nuova emissione. Il primo VoucherSalute[®] non potrà più essere utilizzato. È consentita una ulteriore ri-emissione del VoucherSalute[®], per una validità di ulteriori 30 giorni. In ogni caso, se il primo VoucherSalute[®] è stato emesso il 01/03/2019 la durata complessiva di validità, anche in caso di utilizzo di entrambe le possibilità di ri-emissione, non potrà superare la data del 29/05/2019 – totale 90 gg. dal 01/03/2019).**

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

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

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

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

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

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

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

E' 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 Previmedical, trasmettendo la richiesta al seguente indirizzo e-mail: ufficio.convenzioni@previmedical.it

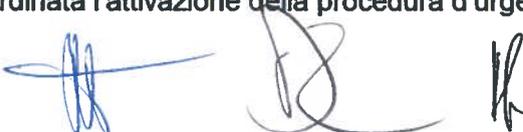
b) Eccezione: casi di urgenza medico-sanitaria (solo per ricovero)

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

Dovrà essere contattata la Centrale Operativa che 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 centraleoperativa.fasirai@previmedical.it o a mezzo fax (0422.17.44.547) allegando il referto del medico che ha disposto il ricovero d'urgenza o, nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso, redatti nelle 24 ore successive all'evento.

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



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

c) La prenotazione

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

L'Assicurato ha l'obbligo di non fissare l'appuntamento con la struttura convenzionata se non è già in possesso del VoucherSalute®; eventuali disservizi che dovessero derivare da una diversa modalità di contatto con la Struttura Convenzionata produrranno il mancato rilascio del VoucherSalute® che comporterà la mancata autorizzazione della prestazione sanitaria in regime di assistenza diretta.

La struttura sanitaria utilizzando la piattaforma informatica messa a disposizione da RBM avrà visibilità del VoucherSalute® emesso, in modo da poterlo verificare in fase di prenotazione dell'appuntamento.

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

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

d) Mancata attivazione della Centrale Operativa

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

e) Dopo l'esecuzione della prestazione

A prestazione avvenuta, l'Assicurato dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate 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 operativa - Regime Rimborsuale

a) Richiesta di rimborso cartacea

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

- 1. documentazione di spesa quietanzata** (fatture, notule, ricevute), emessa da Istituto di Cura o da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi. Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge.
- 2. cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;**

3. prescrizione medica (compresa quella elettronica) in corso di validità secondo la normativa regionale tempo per tempo vigente, attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di garanzie diverse dalle ospedaliere;
4. dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
5. le richieste di rimborso per cure dentarie dovranno essere presentate al termine del piano di cura, fatto salvo che il piano non sia previsto per più di una annualità. In tal caso dovrà essere inviato il preventivo di spesa unitamente alla prima richiesta di rimborso;
6. copia del tesserino "esenzione 048" in caso di prestazioni oncologiche di follow-up (visite, accertamenti, ecc.);
7. In caso di trattamenti fisioterapici post ricovero:
 - i. prescrizione del medico di base o dello specialista la cui specializzazione sia inerente alla patologia denunciata;
 - ii. indicazione del titolo di studio del medico/specialista che ha effettuato la prestazione.
8. in caso di infortunio dovranno essere presentati anche i seguenti documenti:
 - ⇒ il referto del Pronto Soccorso, in quanto l'infortunio dovrà essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie);
 - ⇒ in deroga all'obbligo di presentazione del certificato di Pronto Soccorso, la Compagnia accetta quale documentazione equivalente, a condizione che la richiesta pervenga entro 60gg. dall'evento, il referto di visita medica tenuta da Medico Legale indicato dalla compagnia, il cui costo (non superiore ad € 55,00) sarà a carico dell'assicurato e non potrà essere rimborsato.
 - ⇒ qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, anche il nominativo ed il recapito del terzo responsabile. In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di attivazione dell'assistenza sanitaria in forma diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società anche il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole);
9. quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

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

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

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

Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

Qualora il medico prescrittore sia anche - direttamente o indirettamente - il medico erogatore delle prestazioni assicurate, quest'ultime devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto.

Le prestazioni devono essere effettuate da personale specializzato (medico, infermiere), corredate dalla relativa diagnosi (indicazione della patologia o sospetta tale), nonché fatturate da Istituto di Cura, da Centro Medico. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.



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

b) Richiesta di rimborso on line

In alternativa alla procedura di rimborso cartaceo, l'Assicurato potrà trasmettere on line la propria richiesta di rimborso, unitamente alla relativa documentazione giustificativa medica e di spesa. A tal fine l'Assicurato dovrà accedere alla propria Area Riservata dal sito www.fasirai.previmedical.it (Accedi all'Area Iscritto) oppure attraverso la App Mobile.

La documentazione viene trasmessa mediante un sistema di scansione ottica, che la Società considera giuridicamente equivalente all'originale ai fini dell'applicazione della presente copertura. La Società si riserva di effettuare, con i medici e con le Strutture Sanitarie, tutti i controlli necessari al fine di prevenire possibili abusi all'utilizzo di tale canale.

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

Restituzione delle somme indebitamente pagate

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



Sezione III

Capitolo 1 - ComfortSalute



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

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

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

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

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

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

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

c) Consulenza telefonica medico specialistica

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2) INVIO DI UN MEDICO GENERICO A DOMICILIO O DI AMBULANZA

Qualora, l'Assicurato necessiti di un medico dalle ore 20,00 alle ore 8,00 nei giorni feriali o nell'intero arco delle 24 ore nei giorni festivi e non riesca a reperirlo, potrà contattare la Centrale Operativa che, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte dei medici convenzionati di intervenire personalmente, la Centrale Operativa organizzerà, in via sostitutiva, il trasferimento dell'interessato nel centro medico idoneo più vicino mediante autoambulanza. Il costo delle visite domiciliari attivate tramite Centrale Operativa sono a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al medico.

3) TRASFERIMENTO SANITARIO E RIENTRO SANITARIO (ANCHE DALL'ESTERO)

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, abbia necessità di essere trasportato in autoambulanza o auto medica dal proprio domicilio ad un istituto di cura o ospedale o viceversa o da un istituto di cura o ospedale ad un altro, potrà chiedere che, nell'ambito di quanto previsto nelle garanzie ricoveri, il trasporto venga effettuato in forma diretta, con gestione dello stesso da parte della Centrale Operativa.

In tal caso la Compagnia garantisce la liquidazione dei costi del trasporto sino a un massimo di 300 km di percorso complessivo (andata e ritorno).

In caso di infortunio o malattia improvvisa la garanzia vale anche per il semplice rientro al domicilio, ove l'Assicurato si trovi ad almeno 50 km dallo stesso.

Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

4) ASSISTENZA INFERMIERISTICA DOMICILIARE

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

5) INVIO MEDICINALI URGENTI AL DOMICILIO

Qualora l'Assicurato necessiti urgentemente di medicinali regolarmente prescritti e sia oggettivamente impossibilitato ad allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal suo medico curante, la Società, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede alla consegna dei medicinali prescritti.

A carico dell'Assicurato resta soltanto il costo dei medicinali.

6) INVIO DI UN FISIOTERAPISTA A DOMICILIO

Se l'Assicurato, indipendentemente da ricovero e/o intervento chirurgico, dovesse avere necessità di effettuare cicli di trattamenti fisioterapici anche a domicilio, potrà richiedere al Call Center che provvederà di predisporre l'effettuazione degli stessi. Il costo dei trattamenti fisioterapici è a carico dell'Assicurato che dovrà versare il corrispettivo direttamente al fisioterapista.

7) RECUPERO E RIMPATRIO SALMA

Qualora l'Assicurato, sia deceduto, il Call Center può organizzare e gestire, per il tramite di centri convenzionati che erogano il servizio, il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura in Italia. Il contenuto del presente servizio è limitato all'organizzazione del trasporto e del rimpatrio della salma. I costi del trasporto e dell'organizzazione rimarranno a carico degli aventi diritto dell'Assicurato.

8) PROLUNGAMENTO DI SOGGIORNO ALL'ESTERO

Se le condizioni di salute dell'Assicurato, certificate da prescrizione medica scritta, non gli permettessero di intraprendere il viaggio di rientro in Italia dall'estero rispetto alla comprovata data predeterminata, la Centrale Operativa provvederà all'eventuale prenotazione di un albergo per il prolungamento del soggiorno. La Società terrà a proprio carico le spese per un pernottamento (camera e prima colazione) in un albergo di categoria massima 4 stelle. È esclusa dalla garanzia qualsivoglia diversa ed ulteriore spesa.

9) RIENTRO ANTICIPATO DALL'ESTERO

La Centrale Operativa renderà disponibile a proprie spese un biglietto ferroviario di prima classe o aereo (viaggio in classe economica) all'Assicurato che debba rientrare dall'estero presso la propria residenza in Italia prima della data programmata, a causa della morte o di ricovero ospedaliero, con imminente pericolo di vita di uno dei seguenti familiari: coniuge/convivente more uxorio, figlio/a, fratello, sorella, genitore, suocero/a, genero, nuora, nonni.

Il rientro anticipato deve essere comprovato da idoneo documento che riporti la data di rientro preventivamente programmata; il decesso o il ricovero del familiare devono essere rispettivamente



comprovati da certificato di morte rilasciato dall'anagrafe e da documentazione medica rilasciata dalla struttura sanitaria presso cui è ricoverato il familiare.

Qualora l'Assicurato abbia dovuto, a causa del rientro anticipato, lasciare all'estero il proprio veicolo, la Società renderà disponibile un ulteriore biglietto ferroviario di prima classe o aereo (viaggio in classe economica) per recarsi a recuperare il veicolo stesso.

10) RIENTRO DEGLI ALTRI ASSICURATI

Se, successivamente alla prestazione "Rientro Sanitario" (al precedente punto 3) le persone assicurate che viaggiavano con l'Assicurato non fossero obiettivamente in grado di rientrare alla propria residenza con il mezzo inizialmente previsto e/o utilizzato, la Centrale Operativa fornirà loro un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

La Società terrà a proprio carico i costi relativi ad un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica.

11) INVIO DI UN INFERMIERE PER ASSISTENZA DI UN FAMILIARE NON AUTOSUFFICIENTE

Se l'Assicurato convive da solo con un familiare non autosufficiente e deve ricoverarsi a seguito di malattia o infortunio, la Centrale Operativa provvederà ad inviare presso il domicilio dell'Assicurato un infermiere per assistere il familiare non autosufficiente. La Società terrà a proprio carico l'onorario fino a un massimo di 250,00 € per evento.

12) ASSISTENZA DI UN INTERPRETE ALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato, trovandosi all'estero, venisse ricoverato in Istituto di Cura e avesse difficoltà a comunicare con i medici perché non conosce la lingua locale, la Centrale Operativa provvederà ad inviare un interprete sul posto. Tale prestazione sarà fornita fino ad un massimo di 8 ore.

13) VIAGGIO DI UN FAMILIARE ALL'ESTERO E SPESE DI SOGGIORNO

In caso di ricovero dell'Assicurato in Istituto di cura all'estero per un periodo superiore a 10 giorni a seguito di malattia o di infortunio, la Società provvederà al pagamento di un biglietto aereo (classe economica) o ferroviario (prima classe) di andata e ritorno per un familiare residente in Italia ed alla copertura delle spese di soggiorno nel limite massimo di € 150,00 per evento.

14) ACCOMPAGNAMENTO DEI MINORI

Se, a seguito di infortunio, malattia o causa di forza maggiore, l'Assicurato si trovasse all'estero nell'impossibilità di occuparsi dei figli minori di 15 anni assicurati dalla presente copertura, la Società fornirà con spese a suo carico, un biglietto ferroviario di prima classe o uno aereo di classe economica, di andata e ritorno, per permettere ad un familiare residente in Italia di raggiungere i minori, prendersene cura e ricondurli alla loro residenza in Italia. Sono escluse dalla prestazione le spese di soggiorno del familiare accompagnatore.

15) MONITORAGGIO REMOTO DEL PAZIENTE (RPM SERVICES)

La presente garanzia prevede un programma di monitoraggio dei pazienti che si apprestano ad affrontare un percorso operatorio e/o che abbiano subito un ricovero, attraverso la fornitura di dispositivi medici per l'acquisizione da remoto dei parametri vitali dell'Assicurato, che l'Assicurato potrà richiedere contattando la Centrale Operativa. La durata del programma è di 120 giorni (Programma 1).

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 1 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo

La garanzia opera anche durante l'assistenza domiciliare in relazione a patologie croniche. In tal caso il programma ha la medesima durata della non autosufficienza o lungodegenza stessa (Programma 2).

Parametri vitali monitorati nell'ambito del Programma 2 sono i seguenti:

- pressione Arteriosa / Cuore
- ossigeno (O₂) e saturazione del sangue
- peso corporeo
- cardiogramma elettronico (ECG) (Portable due ECG tramite dispositivo basato touch)



- temperatura corporea (ingresso manualmente)
- controllo glicemico (glicemia nei pazienti DM)

Entrambi i programmi prevedono:

- consegna ed installazione presso il domicilio dell'Assicurato di una serie di dispositivi tecnologici ai fini del completo monitoraggio dei parametri vitali;
- training al domicilio da parte di personale medico/infermieristico sull'utilizzo e la manutenzione dell'infrastruttura tecnologica;
- licenza software per l'utilizzo della piattaforma di RPM;
- servizio di trasferimento dati tramite gateway verso server dedicato presente sul territorio italiano;
- sistema di archiviazione sicura su server dei dati derivanti dal monitoraggio e servizio di disaster recovery;
- servizio di assistenza tecnica e tecnologica dedicato all'Assicurato tramite call center; rilascio delle certificazioni relative alle attrezzature, alla trasmissione ed all'archiviazione dei dati di monitoraggio;
- ritiro e spedizione dalla residenza del paziente al centro più vicino dei dispositivi rilasciati ai fini della manutenzione e ricondizionamento degli stessi.

16) COLLABORATRICE FAMILIARE

Se l'Assicurato è stato ricoverato in istituto di cura ed è temporaneamente invalido, pertanto impossibilitato al disbrigo delle principali incombenze domestiche, potrà contattare la Centrale Operativa che gli segnalerà il nominativo di una collaboratrice familiare nella zona in cui si trova, compatibilmente con le disponibilità locali.

Il costo relativo ai servizi resi dalla collaboratrice familiare resta a carico dell'Assicurato.

17) CONSULENZA PEDIATRICA

Quando l'Assicurato necessita per i figli assicurati di una consulenza telefonica pediatrica, la Centrale Operativa può mettere a sua disposizione un'équipe di pediatri con i quali questi può conferire direttamente per ricevere informazioni di prima necessità.

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

18) SECOND OPINION

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

19) CONSEGNA ESITI AL DOMICILIO

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

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

20) SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

E' a disposizione il servizio "SEGUI LA TUA PRATICA", che garantisce una tempestiva e puntuale informazione sullo stato di elaborazione della propria pratica attraverso l'invio di SMS sul proprio cellulare.

L'Assicurato dovrà semplicemente indicare il proprio numero di telefono cellulare nel modulo di rimborso; in questo modo, riceverà automaticamente a mezzo SMS tutte le informazioni relative alla propria pratica di liquidazione.

A seguito dell'attivazione del servizio, l'Assicurato riceverà una notifica a seguito delle seguenti attività:

- a) avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- c) avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso;
- d) eventuale reiezione per non indennizzabilità della domanda di rimborso.



21) CONSULTAZIONE ON LINE - HOME INSURANCE

Qualora l'Assicurato disponga di un accesso ad Internet potrà usufruire delle seguenti funzionalità.

Area riservata – Condizioni di assicurazione

Accedendo al sito www.fasirai.previmedical.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 www.fasirai.previmedical.it 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 Sinistri" presente nella sezione "Gestisci la tua polizza on line – Fondi Sanitari Integrativi".

L'Assicurato potrà anche:

- visualizzare e modificare i propri dati anagrafici e di contatto;
- ricercare le strutture convenzionate con il Network;
- consultare on line lo stato di elaborazione delle proprie pratiche di rimborso.

Sarà sufficiente accedere con le proprie credenziali (login e password) ricevute dalla Società; le medesime credenziali potranno essere utilizzate anche per accedere all'Area riservata - Condizioni di assicurazione.

App mobile

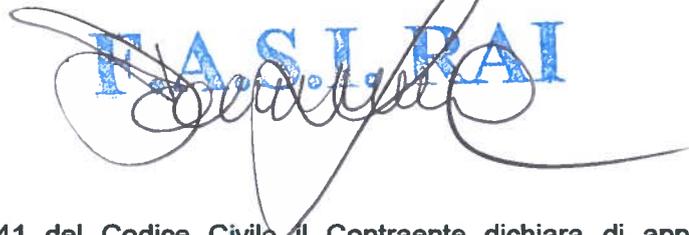
L'Assicurato può accedere a "Citrus®", App mobile resa disponibile dalla Società per accedere alle seguenti funzioni:

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

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



Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

IL PRESIDENTE

FASIRAI

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

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

- Art. 10 - Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio - Anagrafica
- Art. 10 - Variazione delle persone assicurate
- Art. 13 - Forma delle comunicazioni
- Art. 18 - Foro competente
- Art. 24 - Persone non assicurabili
- Art. 25 - Oneri in caso di Sinistro e procedure di accesso alle prestazioni



ALLEGATO 1

ELENCO GRANDI INTERVENTI CHIRURGICI

COLLO

- Gozzo retro sternale con mediastinotomia
- Resezione dell'esofago cervicale
- Tiroidectomia allargata per neoplasia maligna

ADDOME (parete addominale)

- Laparotomia esplorativa per occlusione con resezione
- Laparotomia con sutura viscerale

PERITONEO

- Exeresi di tumori dello spazio retroperitoneale

ESOFAGO

- Interventi per patologia maligna dell'esofago toracico
- Interventi con esofagoplastica

STOMACO - DUODENO

- Resezione gastrica
- Gastrectomia totale
- Gastrectomia se allargata
- Resezione gastro-digiunale per ulcera peptica post-operatoria
- Intervento per fistola gastro-digiunocolica
- Sutura di perforazioni gastriche ed intestinali non traumatiche
- Mega-esofago ed esofagite da reflusso
- Cardioplastica

INTESTINO

- Colectomie parziali
- Colectomia totale

RETTO E ANO

- Interventi per neoplasie del retto-ano
- Se per via addominoperineale
- Operazione per megacolon
- Proctocolectomia totale

FEGATO

- Drenaggio di ascesso epatico
- Interventi per echinococcosi
- Resezioni epatiche
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Water
- Reinterventi sulle vie biliari
- Interventi chirurgici per ipertensione portale

PANCREAS

- Interventi per pancreatite acuta
- Interventi per cisti, pseudocisti e fistole pancreatiche
- Interventi per pancreatite cronica
- Interventi per neoplasie pancreatiche



INTERVENTI SUL MEDIASTINO

- Interventi per tumori

INTERVENTI SUL POLMONE

- Interventi per fistole bronchiali
- Interventi per echinococco
- Resezioni segm. e lobectomia
- Pneumectomia
- Tumori della trachea

CARDIOCHIRURGIA

- Correzione difetto del setto interatriale
- Correzione difetto del setto interventricolare senza ipertensione polmonare
- Valvulotomia singola o multipla per stenosi polmonare
- Mitralica
- Valvolare aortica
- Correzione di stenosi aortica sottovalvolare a diaframma
- Sostituzione valvola singola: aortica-mitralica-tricuspidale
- Anuloplastica valvola singola
- By-pass aorto-coronarico singolo
- Embolectomia della polmonare
- Correzione radicale di trasposizione dei grandi vasi
- Correzione radicale del ritorno venoso polmonare anomalo totale
- Correzione impianto anomalo coronarie
- Correzione "Ostium primum" con insufficienza mitralica
- Correzione canale atrioventricolare completo
- Finestra aorto-polmonare
- Correzione di ventricolo unico
- Correzione di ventricolo destro a doppia uscita
- Correzione di "truncus arteriosus"
- Correzione di coartazioni aortiche di tipo fetale
- Correzione di coartazioni aortiche multiple o molto estese
- Correzione di stenosi aortiche infundibulari
- Correzione di stenosi aortiche sopravalvolari
- Correzione di trilogia di Fallot
- Correzione di tetralogia di Fallot
- Correzione di atresia della tricuspide
- Correzione di pervietà interventricolare ipertesa
- Correzione di pervietà interventricolare con "debanding"
- Correzione di pervietà interventricolare con insufficienza aortica
- Sostituzioni valvolari multiple
- By-pass aorto-coronarici multipli
- Sostituzioni valvolari con by-pass aorto-coronarico
- Aneurismi aorta toracica
- Aneurismi aorta addominale con obbligo di by-pass' circolatorio
- Resezione o plicatura del ventricolo sinistro per infarto
- Riparazioni o sostituzioni settali o valvolari per traumi del cuore o gravi infarti
- Reinterventi in CEC per protesi valvolari, by-pass aorto-coronarici
- Asportazione di tumori intercardiaci
- Contropulsazione per infarto acuto mediante incannulamento arterioso
- Intervento in ipotermia per coartazione aortica senza circolo collaterale

NEUROCHIRURGIA

- Derivazioni liquorali intracraniche o extracraniche
- Intervento per encefalo meningocele
- Intervento per craniostenosi
- Interventi per traumi cranio cerebrali
- Plastiche craniche per tessuti extra-cerebrali (cute, osso, dura madre)
- Craniotomia per evacuazione di ematoma intracerebrale e subdurale
- Craniotomia per evacuazione di ematoma epidurale
- Rizotomia chirurgica e microdecompressione endocranica dei nervi cranici
- Anastomosi endocranica dei nervi cranici
- Intervento sulla ipofisi per via tran sfenoidale
- Asportazione tumori dell'orbita
- Asportazione di processi espansivi endocranici (tumori, ascessi, cisti parassitarie, ecc.)
- Trattamento chirurgico diretto di malformazioni vascolari intracraniche (aneurismi sacculari, aneurismi artero-venosi, fistole artero-venose)
- Trattamento chirurgico indiretto extracranico di malformazioni vascolari intracraniche
- Psicochirurgia
- Chirurgia stereotassica diagnostica e terapeutica
- Intervento per epilessia focale e callosotomia
- Emisferectomia
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale e sul clivus per via anteriore
- Interventi chirurgici sulla cerniera atlanto-occipitale per via posteriore
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici con interposizione di innesto
- Anastomosi dei vasi extra-intracranici
- Correzione c/o sostituzione delle malformazioni dei vasi del collo
- Endarterectomia della a. carotide e della a. vertebrale e decompressione della vertebrale nel forame trasversario
- Asportazione di processi espansivi del rachide extra intradurali extramidollari
- Trattamento di lesioni intramidollari (tumori, siringomieli, ascessi, ecc.)
- Interventi per traumi vertebro midollari
- Interventi per traumi vertebro-midollari con stabilizzazione chirurgica
- Interventi per mielopatia cervicale o ernia del disco per via anteriore o posteriore
- Somatotomia vertebrale
- Interventi per ernia del disco dorsale per via posteriore
- Interventi per ernia del disco dorsale per via laterale o transtoracica
- Asportazione di ernia del disco lombare
- Spondilolistesi
- Interventi endorachidei per terapia del dolore o spasticità o per altre affezioni meningo-midollari (mielocele, mielomeningocele, ecc.)
- Cordotomia e mielotomia percutanea

NERVI PERIFERICI

- Interventi sul plesso brachiale

CHIRURGIA VASCOLARE

- Operazioni sulla aorta toracica e sulla aorta addominale

CHIRURGIA PEDIATRICA

- Polmone cistico e policistico (lobectomia, pneumonectomia)
- Atesia congenita dell'esofago
- Fistola congenita dell'esofago
- Trattamento chirurgico per ipertensione portale nel bambino
- Occlusione intestinale del neonato: atresie con necessità di anastomosi

- Ileo meconiale: resezione secondo Mickulicz
- Ileo meconiale: resezione con anastomosi primitiva
- Atresia dell'ano semplice: abbassamento addomino perineale
- Atresia dell'ano con fistola retto-uretrale o retto-vulvare: abbassamento addomino perineale
- Mega uretere: resezione con reimpianto
- Mega uretere: resezione con sostituzione di ansa intestinale
- Mega colon: resezione anteriore
- Mega colon: operazione addomino perineale di Buhamel o Swenson

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

- Osteosintesi diafisi femorale ed epifisi dorsale
- Osteosintesi di omero
- Interventi per costola cervicale
- Scapulopessi
- Trapianti ossei o protesi diafisarie
- Trattamento delle dismetrie e delle deviazioni degli arti con impianti esterni
- Biopsia trans-peduncolare dei somi vertebrali
- Resezione di corpi vertebrali (somatectomia) e sostituzione con cemento o trapianti
- Resezioni del sacro
- Osteosintesi rachidee con placche e viti trans-peduncolari
- Laminectomia decompressiva per neoplasie (senza sintesi)
- Disarticolazione interscapolo toracica
- Resezioni complete di spalla (omero-scapulo-claveari) sec. Tikhor-Limberg con salvataggio dell'arto
- Resezioni artrodiafisarie dell'omero prossimale e sostituzione con protesi modulari "custom-made"
- Resezioni del radio distale con trapianto articolare perone-proradio
- Emipelvectomy
- Emipelvectomy "interne" sec. Enneking con salvataggio dell'arto
- Resezioni del femore prossimale artrodiafisaria e sostituzione con protesi (cementate o no, modulari o no)
- Resezioni artrodiafisarie del ginocchio: artrodesizzanti (trapianto o cemento più infibulo femore-tibiale)
- Resezioni artrodiafisarie del ginocchio: sostituzioni con protesi modulari o "custom-made"
- Ricostruzione dei legamenti articolati
- Artroprotesi di anca
- Protesi totale di displasia di anca
- Intervento di rimozione di protesi di anca
- Intervento di rimozione e reimpianto di protesi di anca
- Artroprotesi di ginocchio
- Protesi cefalica di spalla
- Vertebrotonia
- Discectomia per via anteriore per ernia cervicale
- Discectomia per via anteriore per ernia dura o molle con artrodesi
- Uncoforaminotomia
- Corporectomia per via anteriore con trapianto autoplastico a ponte nella mielopatia cervicale
- Osteosintesi vertebrale
- Pulizia focolai osteici
- Artrodesi per via anteriore
- Interventi per via posteriore: senza impianti
- Interventi per via posteriore: con impianti
- Interventi per via anteriore: senza impianti
- Interventi per via anteriore: con impianti

UROLOGIA

- ESWL (litotrissia extracorporea con onde d'urto)
- Nefrectomia allargata per tumore
- Nefrectomia allargata per tumore con embolectomia
- Resezione renale con clampaggio vascolare
- Nefroureterectomia totale
- Surrenalectomia
- Ileo bladder
- Cistoprostatovescicolectomia con ureterosigmoidostomia
- Cistoprostatovescicolectomia con neovescica rettale
- Cistoprostatovescicolectomia con ileo bladder
- Plastiche di ampliamento vescicale con anse intestinali
- Cistoprostatovescicolectomia con ureteroileoureteroanastomosi
- Riparazione vescica estrofica con neovescica rettale
- Prostatectomia radicale extraponeurotica nerve sparing
- Linfadenectomia retroperitoneale bilaterale per neoplasia testicolare

GINECOLOGIA

- Isterectomia radicale con linfadenectomia per tumori maligni per via addominale
- Isterectomia radicale per tumori maligni per via vaginale
- Vulvectomy allargata con linfadenectomia
- Intervento radicale per carcinoma ovarico

OCULISTICA

- Odontocheratoprosesi

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

TRAPIANTI

- Tutti, esclusi i trapianti di cornea



Allegato 2: 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.

Opzione BASE	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A) OSPEDALIERE	
Massimale	€ 52.000,00 (raddoppio per GIC da elenco)
1) Ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo Condizioni: - regime di assistenza diretta - regime rimborsuale	Scoperto 20% minimo € 2.000,00 Scoperto 20% minimo € 2.000,00
Pre/post	90 gg / 90 gg
Limite spese post	10% della somma assicurata
Limite retta di degenza	€ 155,00 al giorno + eccedenza al 50%
Limite accompagnatore (per ricoveri oltre 50km)	€ 78,00 al giorno massimo 30 gg – elevato ad € 130,00 per ricoveri/interventi all'estero
Trasporto malato	€ 1.550,00
Cure dentarie da infortunio	Come da ricovero
Correzione difetti visivi	Con i limiti previsti dalla garanzia
Assistenza medica al Neonato in ricovero	€ 500,00 – nei primi 180 gg di vita
2) Indennità sostitutiva	€ 62,00 al giorno per un massimo di 120 giorni - elevato a € 104,00 per GIC
B) Parto non cesareo	€ 500,00
Condizioni: - regime di assistenza diretta - regime rimborsuale	Scoperto 20% Scoperto 20%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
C) Prestazioni extraospedaliere	da elenco
Massimale	€ 5.200,00
Condizioni: - regime di assistenza diretta - regime rimborsuale - ticket	Scoperto 10% minimo € 50,00 Scoperto 20% minimo € 50,00 100% (superiore € 25,00)
D) Ticket sanitari per visite specialistiche domiciliari e accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio	
Massimale	€ 500,00
Condizioni: - ticket	100% (superiore € 25,00)
E) Ticket sanitari e/o spese sanitarie	
Massimale	come da garanzie C e D
Condizioni:	100% (superiore € 25,00)
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
F) Cure dentarie da infortunio	
Massimale	€ 10.000,00
Condizioni: - regime di assistenza diretta	100%
ComfortSalute®	Previsto





Opzione FACOLTATIVA	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A) OSPEDALIERE	
Massimale	€ 52.000,00 (raddoppio per GIC da elenco)
a) Ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo Variazione condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - regime di assistenza diretta - regime rimborsuale 	Scoperto 20% minimo € 1.000,00 per Day Hospital; riduzione minimo ad € 300,00 per gastroscopie ed endoscopie con prelievo biptico Scoperto 20% minimo € 1.000,00 per Day Hospital; riduzione minimo ad € 300,00 per gastroscopie ed endoscopie con prelievo biptico
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
C) Prestazioni extraospedaliere	variazione elenco
D) Prestazioni domiciliari e ambulatoriali	Sostituzione garanzia base
Massimale	€ 1.000,00
Condizioni:	
- regime di assistenza diretta	Scoperto 10% minimo € 50,00
- regime rimborsuale	Scoperto 20% minimo € 50,00




ALLEGATO 3

**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 (*FeelUp* 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 consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

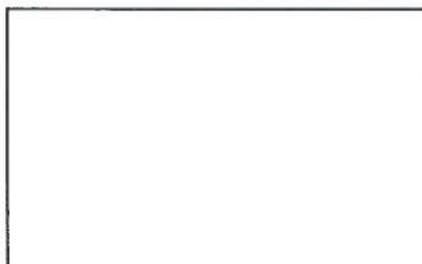
⁴ Si tratta, in particolare, di agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionati di servizi; società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

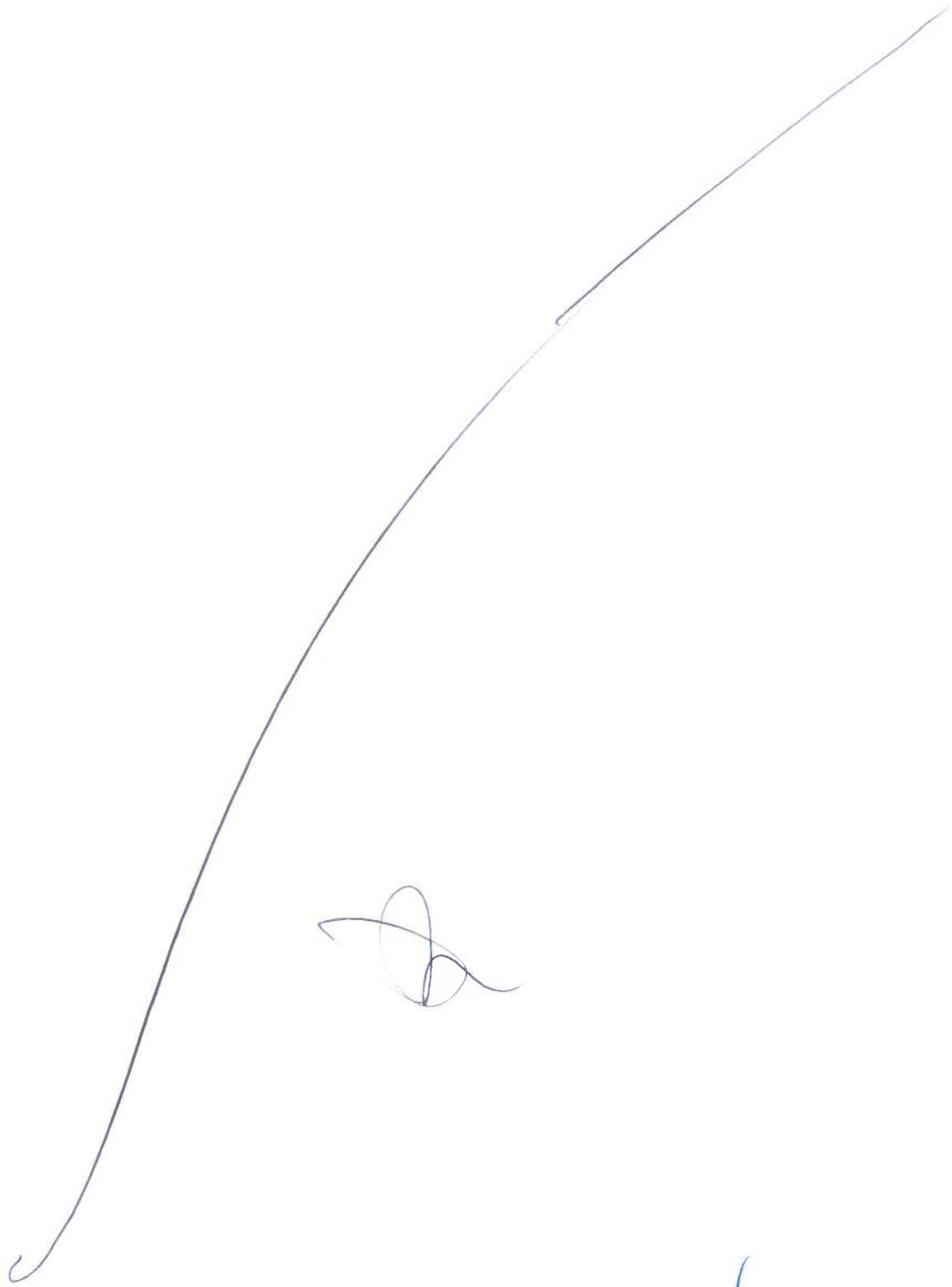


RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
Via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 062700 – Fax: +39 0422 1745025
direzionecommerciale@rbmsalute.it

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

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 160.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).





HL

SIDE LETTER n. 1 alle Condizioni di Assicurazione FI1837 - 01/2020

Contraente	Sanitass – Fondo Sanitario Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale
Data effetto	01/01/2020

Le ulteriori previsioni di seguito riportate, che intendono integrare le Condizioni di Assicurazioni, attengono al solo rapporto tra la Società e il Contraente della polizza collettiva (di seguito indicati anche "Parti"):

Art 1. Tacito Rinnovo

Il contratto prevede il tacito rinnovo, salvo eventuale richiesta di disdetta.

In mancanza di disdetta data da una delle Parti, comunicata con lettera raccomandata almeno sessanta giorni prima della scadenza, la copertura è prorogata per la durata di un anno e così di seguito con riferimento alle successive scadenze.

Art 2. Recesso

Il Contraente ha la facoltà di recedere alla scadenza della prima annualità, mediante lettera raccomandata con un preavviso di almeno 60 giorni.

Art 3. Modifiche

Eventuali modifiche delle garanzie e delle condizioni previste dalla polizza potranno essere introdotte in base ad accordi specifici, sottoscritti tra le parti in apposita Appendice.

Art 4. Pagamento del Premio

Il premio annuo, comprensivo di imposte, per ciascun Assicurato si intende stabilito come da tabella di seguito:

TABELLA DETTAGLIO PREMI PENSIONATI	
Euro 982,80	Premio per persona – opzione Base
Euro 1.648,50	Premio per persona – opzione Facoltativa

Al premio non è stato applicato un sconto in quanto la Società ha concesso al Contraente la possibilità di recedere al termine del primo anno.

I premi dovranno essere pagati anticipatamente con il termine ultimo di 60 giorni dalla data di effetto della copertura.

L'ex dipendente potrà includere i propri familiari, mediante compilazione e sottoscrizione dell'apposita adesione nei termini previsti dal contratto e con il pagamento di un premio aggiuntivo, come da tabella precedente.

Art 5. Livelli di servizio minimi garantiti e penale

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

	livello di servizio garantito nello svolgimento delle attività	livello standard nello svolgimento delle attività	Peso % della penale
	<i>Indica il livello di servizio assicurato dalla Società. Nel caso di mancato rispetto di tale livello di servizio sarà determinata la penale applicando al valore massimo indicato in polizza il peso percentuale relativo a ciascuna AREA DI SERVIZIO</i>	<i>Indica il livello di servizio ordinariamente osservato dalla Società</i>	<i>Indica il peso percentuale della penale in relazione alla specifica AREA DI SERVIZIO</i>
1) AREA DI SERVIZIO RIMBORSI (tempistiche massime)			
MESSA IN PAGAMENTO DEI RIMBORSI	20 GG LAVORATIVI	15 GG LAVORATIVI	Attivazione delle penali in favore dell'Assistito
2) AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA (tempistiche medie su base annuale)			
RILASCIO VOUCHER SALUTE	ENTRO 7 GG DI CALENDARIO	ENTRO 24 H PREAVVISO	33,33%
MESSAGGIO BENVENUTO CALL CENTER	ENTRO 5 SECONDI	ENTRO 1 SECONDO	
TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA	90% IN 35 SECONDI	95% IN 35 SECONDI	
TEMPO DI RISPOSTA CALL CENTER/CENTRALE OPERATIVA MAILING	48 H	24 H	
PROBLEM SOLVING I° LIVELLO ASSISTENZA	n.a.	IMMEDIATO	
PROBLEM SOLVING II° LIVELLO ASSISTENZA	n.a.	ENTRO 4 H	
PROBLEM SOLVING III° LIVELLO ASSISTENZA	n.a.	ENTRO 8 H	
3) AREA DI SERVIZIO BUSINESS CONTINUITY (tempistiche massime)			
RICOSTRUZIONE DATI E PROCEDURE (SITO REMOTO)	ENTRO 48 H EVENTO	ENTRO 24 H EVENTO	33,33%
PIENA RIPRESA FUNZIONALITA'	ENTRO 72 H EVENTO	ENTRO 48 H EVENTO	
ACCESSIBILITA' WEB	INTERRUZIONE ACCESSIBILITA' WEB < 24 H	INTERRUZIONE ACCESSIBILITA' WEB < 6 H	



AssicurazioneSalute

RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A.

Sede Legale e Direzione Generale:
via Forlanini, 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel.: +39 - 0422 062700 - Fax: +39 - 0422 1745025

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

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

Nell'ambito della presente copertura è previsto un meccanismo di penali finalizzato a garantire una riduzione del premio qualora il livello di servizio osservato dalla Società non risulti in linea con i livelli di servizio garantiti.

A garanzia del rispetto da parte della Società dei livelli di servizio previsti per tutte le AREE DI SERVIZIO indicate nella tabella allegata viene previsto un ammontare complessivo delle penali pari al 0,50% dei premi annui complessivi netti. In caso di mancato rispetto dei livelli di servizio garantiti dalla Società tale importo complessivo sarà retrocesso percentualmente al Fondo in ragione del peso percentuale assegnato a ciascun AREA DI SERVIZIO per la quale non risultino rispettati i livelli di servizio garantiti.

Ad es. qualora non risultasse rispettato il livello di servizio relativo all'AREA DI SERVIZIO RIMBORSI la Società provvederà a retrocedere al Contraente la penale derivante dall'applicazione della presente formula:

PREMI NETTI*0,50%*33,33% Diversamente qualora non fosse rispettato alcuno dei 3 livelli di servizio garantiti la formula applicata sarà la seguente:

PREMI NETTI*0,50%*100,00%

Al fine di consentire al Fondo il riscontro dei livelli di servizio applicati, la Società predisporrà la relativa reportistica su base trimestrale.

Si precisa che quanto sopra potrà trovare applicazione solo a seguito del primo periodo transitorio di start-up dei nuovi servizi, ossia dopo il primo trimestre 2020, al fine di poter provvedere ad un'opportuna taratura dei processi gestionali.

Al fine di garantire un collegamento diretto tra qualità del servizio messa a disposizione e costo delle coperture offerte è stata introdotta una penale in favore dell'Assicurato in caso di superamento da parte della Società dei tempi massimi di liquidazione previsti nei livelli di servizio e penali.

In particolare all'Assicurato sarà garantito il pagamento di una penale pari al:

- **2% del rimborso** spettante per le liquidazioni di importo inferiore o pari ad € 25.000,00;
- **1% del rimborso** spettante per le liquidazioni di importo superiore ad € 25.000,00.

Per ogni giorno di ritardo successivo al tempo massimo previsto per la liquidazione delle pratiche (20 giorni lavorativi) l'importo della penale eventualmente dovuta dalla Società sarà liquidato direttamente all'interno dell'importo rimborsato, con distinta evidenza per l'Assicurato, previa applicazione di una **franchigia di € 25,00 per sinistro**.

Si precisa che i 20 giorni lavorativi sopra indicati decorrono dalla data di arrivo della richiesta di rimborso in Previmedical alla data di liquidazione (chiusura pratica) della stessa. Il termine viene sospeso in caso di incompletezza documentale.

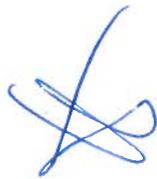
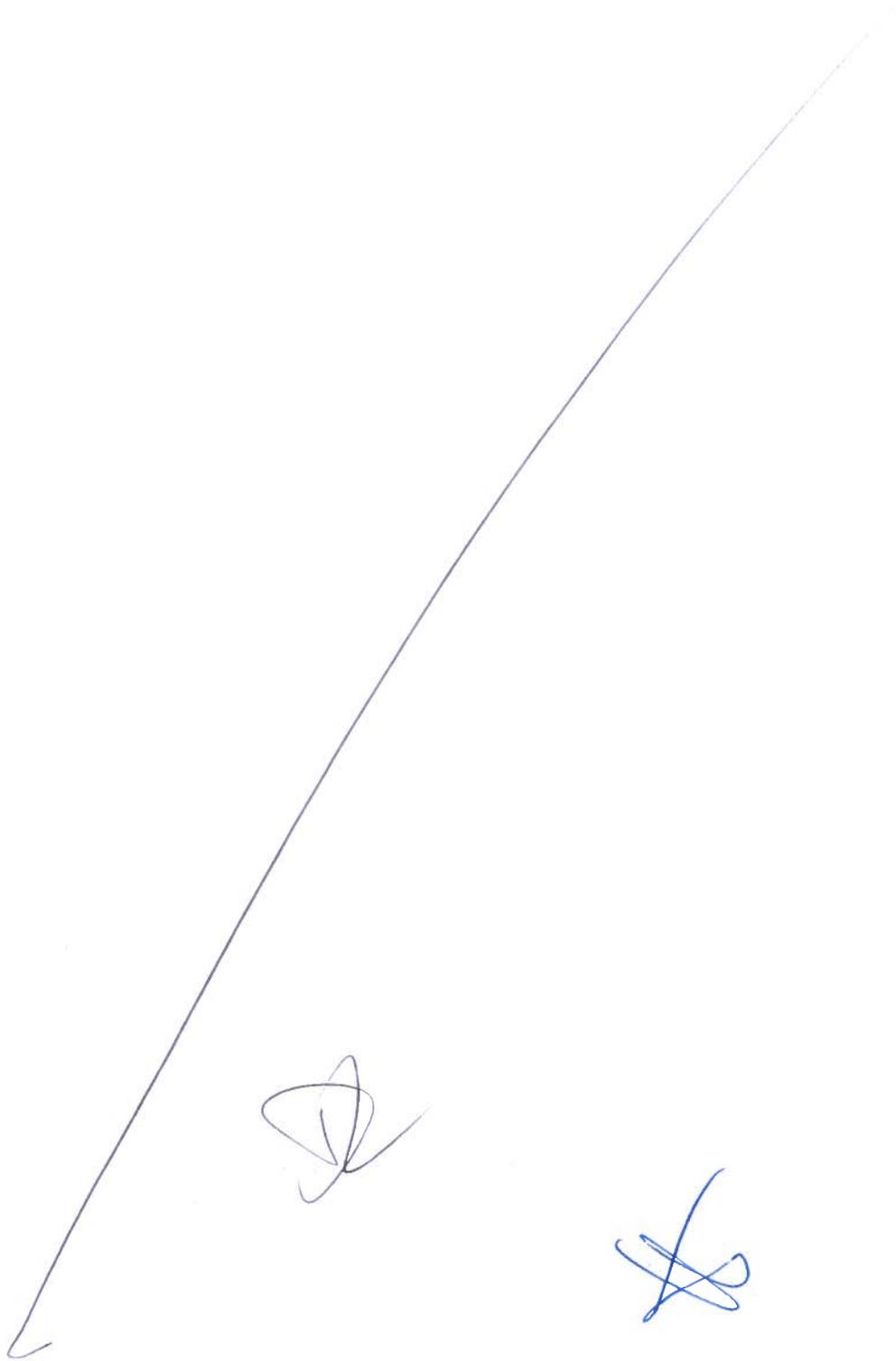
Agli effetti dell' art. 1341 del Codice Civile il Contraente dichiara di approvare espressamente le disposizioni dell'articolo "Tacito rinnovo" e "Pagamento del Premio".


Amministratore Delegato e
Direttore Generale
RBM Assicurazione Salute Spa

IL PRESIDENTE

F.A.S.I. RAI





Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie

DIP – Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: RBM ASSICURAZIONE SALUTE S.p.A. – Direzione Generale in Italia – Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di Assicurazione

Prodotto: FASIRAI - Pensionati

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

Che tipo di assicurazione è?

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute a seguito di infortunio o malattia per prestazioni ospedaliere, extraospedaliere e odontoiatriche.



Che cosa è assicurato?

La Compagnia rimborsa le seguenti spese:

- ✓ Spese mediche in caso di ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo Assistenza medica neonato e cure dentarie da infortunio;
- ✓ Indennità sostitutiva ricovero con o senza intervento: la Società corrisponde un'indennità sostitutiva per ciascun giorno di ricovero;
- ✓ Interventi chirurgici sul feto: il rimborso delle spese sostenute per interventi chirurgici volti alla correzione di difetti e malformazioni dello stesso;
- ✓ Spese mediche per parto non cesareo;
- ✓ Prestazioni extraospedaliere: la Società rimborsa le spese per un elenco di prestazioni di alta specializzazione;
- ✓ Prestazioni domiciliari e ambulatoriali: la Società rimborsa le spese per oneri medici specialistici, accertamenti diagnostici ed esami e analisi di laboratorio;
- ✓ Ticket sanitari e/o spese sanitarie;
- ✓ Cure dentarie da infortunio;
- ✓ ConfortSalute®.

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



Che cosa non è assicurato?

- * Non sono assicurabili le persone di età superiore a 80 anni.
- * Non sono assicurabili indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo e tossicodipendenza.
- * Si segnala inoltre la presenza di una serie di casi in cui la copertura assicurativa non opera. Sono ad esempio esclusi gli infortuni derivanti dalla pratica di alcuni sport (tra cui sport aerei) e dalla partecipazione a gare professionistiche e relativi allenamenti, nonché gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica) o allucinogeni. Sono altresì escluse le spese sostenute per una serie di prestazioni sanitarie oppure dovute a cure ed interventi per le conseguenze o complicanze di infortuni o malattie non rimborsabili ai sensi di polizza. Si ribadisce che tale descrizione dei rischi esclusi è di tipo meramente sintetico e non comprende tutte le casistiche di esclusione previste dalla polizza.



Ci sono limiti di copertura?

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



Dove vale la copertura?

- ✓ La presente assicurazione è valida in tutto il mondo. Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono eseguiti in Italia, in Euro, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la cessazione della copertura.
- Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.
- Qualora l'Assistito riceva rimborso da parte di Fondi o Enti è necessario l'invio della documentazione di liquidazione di tali Enti unitamente alle fotocopie delle fatture relative al suddetto rimborso.
- Per ottenere la liquidazione dei sinistri, è necessario presentare la documentazione medica completa di diagnosi intestata all'Assicurato.
- In caso di infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assicurato è obbligato a comunicare alla Società il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.
- In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Compagnia il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).



Quando e come devo pagare?

- Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, prevede un frazionamento trimestrale/mensile anticipato come riportato sul certificato di polizza.
- Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società alla quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

- Il contratto di assicurazione ha una durata di 1 anno con decorrenza dalle ore 00.00 del 01/01/2020, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento.
- La copertura scade alle ore 24.00 del 31/12/2021.
- In caso di mancanza di disdetta alla scadenza, l'assicurazione si intende tacitamente prorogata per la durata di un anno e così di seguito con riferimento alle successive scadenze.



Come posso disdire la polizza?

- Il Contraente ha sempre la facoltà di disdire annualmente dal contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza biennale della polizza.

Assicurazione per il rimborso delle spese mediche

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

RBM Assicurazione Salute S.p.A.



Prodotto: FASIRAI - PENSIONATI

Ultima release 01/01/2020

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

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

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

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2018

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

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

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



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Sono esclusi dall'assicurazione:

- 1) trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali e medicinali, tranne quelli già espressamente previsti per la garanzia A. 1 "Spese rimborsabili in caso di ricovero";
- 2) le malattie mentali e i disturbi psichici in genere ivi compresi i comportamenti nevrotici fatta eccezione per i casi comportanti intervento chirurgico per i quali verrà riconosciuto il solo rimborso delle spese inerenti l'intervento stesso;
- 3) le Intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;
- 4) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici;
- 5) il rimborso delle spese relative ad infortuni sofferti in conseguenza di stato di ubriachezza o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- 6) le cure o gli interventi per la eliminazione o correzione di difetti fisici, menomazioni o malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto fatta eccezione per le malformazioni congenite delle quali l'Assicurato sia portatore inconscio;
- 7) le applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento chirurgico demolitivo conseguente a neoplasia;
- 8) le cure dentarie e delle parodontopatie non rese necessarie da infortunio ed in ogni caso le

	<p>protesi dentarie e le cure e protesi ortodontiche, salvo quanto previsto nella garanzia F "Cure dentarie da infortunio";</p> <p>9) le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30106/65 n. 1124;</p> <p>10) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;</p> <p>11) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, tumulti popolari, atti violenti o aggressioni cui l'Assicurato abbia preso parte attiva e volontaria, che abbiano movente politico o sociale, da movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;</p> <p>12) nei casi di compilazione del questionario anamnestico, le malattie manifestatesi precedentemente alla data di decorrenza della copertura nonché le relative conseguenze, salvo quelle indicate nel Questionario Sanitario e non esplicitamente escluse;</p> <p>13) gli infortuni derivanti dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a corse e gare motoristiche e alle relative prove di allenamento.</p>
--	---



Ci sono limiti di copertura?

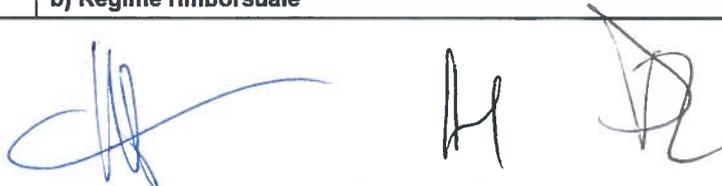
Il Contraente/Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio; in caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Quanto suddetto vale anche nel caso in cui lo stesso rischio è coperto da contratti stipulati dall'Assicurato con Enti, Casse, Fondi Integrativi sanitari. È fatto salvo il diritto di regresso della Società.

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

Opzione BASE	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A) OSPEDALIERE	
Massimale	€ 52.000,00 (raddoppio per GIC da elenco)
1) Ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - regime di assistenza diretta - regime rimborsuale 	Scoperto 20% minimo € 2.000,00 Scoperto 20% minimo € 2.000,00
Pre/post	90 gg / 90 gg
Limite spese post	10% della somma assicurata
Limite retta di degenza	€ 155,00 al giorno + eccedenza al 50%
Limite accompagnatore (per ricoveri oltre 50km)	€ 78,00 al giorno massimo 30 gg – elevato ad € 130,00 per ricoveri/Interventi all'estero
Trasporto malato	€ 1.550,00
Cure dentarie da infortunio	Come da ricovero
Correzione difetti visivi	Con i limiti previsti dalla garanzia
Assistenza medica al Neonato in ricovero	€ 500,00 – nei primi 180 gg di vita
2) Indennità sostitutiva	€ 62,00 al giorno per un massimo di 120 giorni - elevato a € 104,00 per GIC
B) Parto non cesareo	€ 500,00
Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - regime di assistenza diretta - regime rimborsuale 	Scoperto 20% Scoperto 20%
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
C) Prestazioni extraospedaliere	da elenco
Massimale	€ 5.200,00
Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - regime di assistenza diretta - regime rimborsuale - ticket 	Scoperto 10% minimo € 50,00 Scoperto 20% minimo € 50,00 100% (superiore € 25,00)
D) Ticket sanitari per visite specialistiche domiciliari e accertamenti diagnostici, esami ed analisi di laboratorio	
Massimale	€ 500,00
Condizioni: <ul style="list-style-type: none"> - ticket 	100% (superiore € 25,00)
E) Ticket sanitari e/o spese sanitarie	
Massimale	come da garanzie C e D

Condizioni:	100% (superiore € 25,00)
PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE	
F) Cure dentarie da infortunio	
Massimale	€ 10.000,00
Condizioni:	100%
- regime di assistenza diretta	
ComfortSalute®	Previsto
Opzione FACOLTATIVA	Massimali/somme assicurate - scoperti e franchigie
PRESTAZIONI OSPEDALIERE	
A) OSPEDALIERE	
Massimale	€ 52.000,00 (raddoppio per GIC da elenco)
a) Ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo	
Variazione condizioni:	
- regime di assistenza diretta	Scoperto 20% minimo € 1.000,00 per Day Hospital; riduzione minimo ad € 300,00 per gastroscopie ed endoscopie con prelievo bioptico
- regime rimborsuale	Scoperto 20% minimo € 1.000,00 per Day Hospital; riduzione minimo ad € 300,00 per gastroscopie ed endoscopie con prelievo bioptico
PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE	
C) Prestazioni extraospedaliere	variazione elenco
D) Prestazioni domiciliari e ambulatoriali	Sostituzione garanzia base € 1.000,00
Massimale	
Condizioni:	
- regime di assistenza diretta	Scoperto 10% minimo € 50,00
- regime rimborsuale	Scoperto 20% minimo € 50,00

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



	- mettere in pagamento l'indennizzo all'Assicurato entro 20 giorni di calendario dalla ricezione della richiesta di rimborso completa di tutta la documentazione giustificativa medica e di spesa necessaria.
--	---

 Quando e come devo pagare?	
Premio	Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, dovrà essere corrisposto con frazionamento mensile anticipato. Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati. Il premio è comprensivo di imposta. Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Società alla quale è assegnata la polizza, mediante bonifico bancario.
Rimborso	Non è previsto il rimborso del premio in quanto, in caso di perdita in corso d'anno dei requisiti per beneficiare della copertura assicurativa, le garanzie sono operanti fino alla prima scadenza utile.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il contratto di assicurazione ha una durata di 2 anni con decorrenza dalle ore 00.00 del 01/01/2020, se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 00 del giorno successivo al pagamento. La copertura scade alle ore 24.00 del 31/12/2021. In caso di mancanza di disdetta alla scadenza, l'assicurazione si intende tacitamente prorogata per la durata di un anno e così di seguito con riferimento alle successive scadenze. La polizza prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva).
Sospensione	Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 00.00 del giorno successivo al pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile. Trascorso il termine di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigere giudizialmente l'esecuzione.

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	La facoltà di recesso da parte del contraente è prevista.
Risoluzione	Non sono previsti casi, oltre quelli previsti dalla legge, in cui il Contraente ha diritto di risolvere il contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Il prodotto assicurativo è destinato a favore dei Dipendenti Gruppo RAI in servizio, assunti a tempo indeterminato, nonché a favore dei Dipendenti RAI in servizio a tempo determinato facenti parte dei "bacini di reperimento" di cui all'accordo Aziendale del 28/6/2005 e successivi accordi Sindacali (Contrattisti), risultanti iscritti al F.A.S.I. RAI alla data di effetto del contratto, che intendono ottenere il rimborso delle spese sanitarie sostenute a seguito di infortunio o malattia.	

 Quali costi devo sostenere?	
Non sono previsti costi aggiuntivi a carico del contraente.	



COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il contratto o un servizio assicurativo, devono essere inoltrati per iscritto all'Ufficio Reclami di RBM Assicurazione Salute S.p.A. con una delle seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none">- tramite compilazione di apposita form-mail, reperibile sul sito della Società www.rbmsalute.it, nella sezione dedicata ai reclami, compilabile direttamente on-line;- tramite posta, ordinaria o raccomandata, indirizzata a RBM Assicurazione Salute S.p.A. – Ufficio Reclami - Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) - loc. Borgo Verde;- via fax al numero 0422/062909;- via mail all'indirizzo di posta elettronica reclami@rbmsalute.it. <p>Ove non sia utilizzata la form-mail, per individuare correttamente la posizione e dar seguito ad una pronta trattazione della pratica al fine di fornire una risposta chiara e completa, è necessario indicare nel reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none">- nome, cognome, domicilio e data di nascita dell'Assicurato;- nome, cognome, domicilio di chi propone il reclamo, se diverso dall'Assicurato (es. associazione consumatori, legale, familiare, etc.), con delega alla presentazione del reclamo sottoscritta dall'Assicurato e copia del relativo documento d'identità;- numero di pratica;- sintetica ed esaustiva esposizione dei fatti e delle ragioni della lamentela. <p>Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, di risarcimento danni o di esecuzione del contratto. RBM Assicurazione Salute provvederà ad inviare risposta al reclamo entro 45 giorni dalla data di ricezione dello stesso.</p>
All'IVASS	<p>In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>Interpellando obbligatoriamente un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).</p>
Negoziazione assistita	<p>Tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.</p>
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	<p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS direttamente o al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o dalla normativa applicabile.</p>

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN POLIZZA. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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





[Handwritten scribble]

[Handwritten scribble]

[Handwritten scribble]