

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, comprensiva del Glossario e Condizioni di Assicurazione, deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Copertura Sanitaria per

CASSA RBM SALUTE

Via Nino Bixio, 31 – 20129 Milano
P. IVA: 97607920150

Associato

F.A.S.I. RAI

**Fondo di Assistenza Sanitaria interna per i
dipendenti RAI**

Categoria: Dipendenti attivi e Contrattisti

Decorrenza: dalle ore 00.00 del 01 gennaio 2012

Scadenza: alle ore 00.00 del 01 gennaio 2015

**Contratto di Assicurazione per il
rimborso delle spese mediche da malattia e da infortunio
Polizza n. 31000273**

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

SOMMARIO

Nota Informativa:

- Glossario

Condizione di Assicurazione comprensive di:

- Condizioni Generali di Assicurazione

-Descrizione delle garanzie prestate

- Esclusioni e Delimitazioni dell'Assicurazione

- Liquidazione dell'Indennizzo

- Allegati:

1) Elenco "Grandi Interventi Chirurgici

2) Tariffario

3) Livelli di servizio e penali

4) Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta e regime rimborsuale

5) Informativa resa all'interessato ai sensi del codice sulla Privacy

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

NOTA INFORMATIVA

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

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

RBM Salute S.p.A. ha sede legale e direzione generale in Italia, via Nino Bixio, 31 – 20129 Milano ed è Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 2/11/2007 n. 255).

Recapito telefonico: 02-91431789, sito internet: www.rbmsalute.it, indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it.

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa¹

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2010

Patrimonio netto:	€ 12.081.863,00
di cui - capitale sociale:	€ 2.500.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 19.561.673,00
Indice di solvibilità ² :	272,6%

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata di 3 anni a partire dalle ore 00.00 del giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio (vedi Sez. I art. 30 e art 28 delle CGA).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per ospedaliere (ricoveri, ecc.), prestazioni specialistiche extraospedaliere, prestazioni domiciliari e ambulatoriali, spese per acquisto di lenti, parto non cesareo, acquisto di apparecchi protesici e terapeutici, spese per diagnostica preventiva ginecologica, cure dentarie (vedi Sez. I - art. 2 e seguenti delle CGA).

In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di un'indennità prestabilita per ogni giorno di ricovero (vedi Sez. I - art. 14 delle CGA).

Avvertenza: la copertura comprende le malattie pregresse (vedi Sez. I - art. 16 delle CGA), prevede esclusioni (vedi Sez. I - art. 18 delle CGA) e persone non assicurabili (vedi Sez. I - art. 19 delle CGA).

¹ I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

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.

RIMBORSO IN CASO DI RICOVERO A CARICO DEL SSN (INDENNITA' SOSTITUTIVA):

A fronte di un ricovero a carico del Servizio Sanitario Nazionale è prevista la corresponsione di € 62,00 al giorno per un massimo di 120 giorni.

Esempio:

- Ricovero pari a nr. 20 gg. verrà riconosciuto un rimborso pari a € 1.240 (€ 62,00 x 20)
- Ricovero di 140 giorni verrà riconosciuta un'indennità pari a € 7.440 (Euro 62,00 x 120 nr. di giorni massimo previsti dalla polizza).

RIMBORSO IN CASO DI PRESTAZIONE EXTRAOSPEDALIERA:

A fronte di una spesa rientrante nella garanzia Extraospedaliere in forma rimborsuale : Scoperto del **20%** con il minimo di € **52** :

Esempio:

- Spesa per Prestazioni Extraospedaliere di € 600,00 verranno rimborsate € 480,00, essendo € 120,00 il 20% della somma spesa per esame previsto dalla copertura. (€ 600,00 – 20%)

A fronte di una spesa rientrante nella garanzia Extraospedaliere in forma rimborsuale : Scoperto del **10%** con il minimo di € **52** :

Esempio:

- Spesa per Prestazioni Extraospedaliere di € 600,00 verranno rimborsate € 540,00, essendo € 60,00 il 10% della somma spesa per esame previsto dalla copertura. (€ 600,00 – 10%)
- a fronte di una spesa per Prestazioni Domiciliari ed Ambulatoriali in forma rimborsuale di € 350,00 verranno rimborsate € 280,00 (essendo € 70,00 il 20% della somma spesa, scoperto sull'evento). Se invece la spesa fosse di € 120,00, verranno rimborsati € 94,00 (essendo € 24,00 il 20% della somma spesa ma tale importo risulta inferiore al minimo di franchigia di € 26,00 per evento previsto dalla copertura)
- a fronte di una spesa per Prestazioni Domiciliari ed Ambulatoriali in forma diretta di € 350,00 verranno rimborsate € 324,00 (essendo € 26,00 la franchigia fissa prevista sull'evento). Se invece la spesa fosse di € 120,00, verranno rimborsati € 94,00 (essendo € 24,00 il 20% della somma spesa ma tale importo risulta inferiore al minimo di franchigia di € 26,00 per evento previsto dalla copertura).

Avvertenza: la Cure Dentarie da malattia vengono rimborsate tenendo in considerazione il Tariffario allegato alle CGA

Avvertenza: sono inoltre previsti dei Servizi Accessori: Consulenza Medica, Servizio di Guardia Medica Permanente, Gestione appuntamento, Tutoring e Second Opinion (vedi Sez. II delle CGA).

Avvertenza: sono previsti limiti di età (vedi Sez. I - art. 20 delle CGA).

4. Periodi di carenza contrattuali

La polizza prevede periodi di carenza (nei quali la copertura non è attiva, differenziati per tipologia di evento) per i Dipendenti che abbiano dato disdetta ed in seguito intendano aderire nuovamente (vedi Sez. I – art. 29 delle CGA).

5. Dichiarazioni dell'assistito in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario - Nullità

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

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione

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

7. Premi

Il premio dovrà essere versato dal Contraente alla Cassa.

Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, dovrà essere corrisposto dalla Cassa alla Società in rate sub-annuali con frazionamento mensile.

8. Adeguamento del premio e delle somme assistite

Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.

9. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto (art. 2952 del codice civile)

Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

10. Legge applicabile al contratto

Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

11. Regime fiscale

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

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

12. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: la data del sinistro è quella del ricovero; in caso di prestazioni extraospedaliere, la data del sinistro è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società non appena l'assistito o i suoi aventi diritto ne abbiano avuto la possibilità; la Compagnia è autorizzata a prendere visione ed a chiedere copia dei certificati medici, delle cartelle cliniche e di ogni altro documento attinente al caso denunciato nonché ad assumere qualsiasi informazione relativa (vedi Sez. I - art. 21 delle CGA)

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza rimborsuale è indicata in apposita Guida (vedi Allegato n. 4 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE").

13. Assistenza diretta - Convenzioni

Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi Sez. I - art.22 delle CGA). Per ricevere le prestazioni in tale regime di assistenza, l'Assistito dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa per ottenere l'autorizzazione.

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta è indicata in apposita Guida (vedi Allegato n. 4 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E REGIME RIMBORSUALE").

Si rinvia al sito www.rbmsalute.it per l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

14. Reclami

Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri, e in generale riguardanti la mancata osservanza, sia da parte dell'impresa di assicurazione che degli intermediari, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni e delle relative norme di attuazione, devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Ufficio Gestione Reclami – Via Nino Bixio 31 - 20129 Milano, oppure via telefax al numero 02-91431702, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo) – Servizio Tutela Utenti - Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma oppure inviare fax ai numeri 06-42133745 o 06-42133353, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Resta sempre salva la facoltà per l'esponente di rivolgersi all'Autorità giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi, ove esistenti.

15. Arbitrato

Avvertenza: pur essendo prevista la possibilità di ricorrere ad un arbitrato (vedi Sez. I - art. 23 delle CGA) è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità giudiziaria.

Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'assistito.

RBM Salute S.p.A è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenute nella presente Nota informativa”.

RBM SALUTE SPA

Il rappresentante legale

GLOSSARIO

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

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

Assistito: l'iscritto al Contraente.

Azienda: Gruppo RAI

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

Broker: AON Spa, l'intermediario di assicurazione.

Cassa: CASSA RBM , 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.

Contraente: F.A.S.I. RAI – FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTERNA PER I DIPENDENTI RAI

Day-Hospital: la degenza diurna, senza pernottamento, in Istituto di cura pubblico o privato, autorizzato e specializzato; è equiparata a day-hospital la permanenza presso l'Istituto di cura pubblico, a seguito di malattia o infortunio, per almeno 5 ore continuative.

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 Domiciliari e ambulatoriali** - 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.

F.A.S.I. RAI: F.A.S.I. RAI – FONDO DI ASSISTENZA SANITARIA INTERNA PER I DIPENDENTI RAI nella qualità di soggetto contraente

Franchigia o scoperto: la parte delle spese sostenute, rientranti nelle garanzie di polizza, che rimane a carico dell'Assistito.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna, che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili.

Intervento chirurgico ambulatoriale: intervento di chirurgia effettuato senza ricovero, anche comportante suture, diatermocoagulazione, crioterapia, biopsia, endoscopia con biopsia.

Istituto di cura: l'ospedale pubblico, la clinica e la casa di cura sia convenzionati con il Servizio Sanitario Nazionale che privati, regolarmente autorizzati al ricovero dei malati, esclusi comunque stabilimenti termali, case di convalescenza, riabilitative e di soggiorno e le cliniche della salute e quelle aventi finalità estetiche.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non derivante da infortunio.

Nucleo Familiare: il coniuge o il convivente more-uxorio, i figli risultanti dallo stato di famiglia e/o i figli del convivente purchè risultanti dallo stato di famiglia.

Sono altresì inclusi i figli fino al 32^a anno di età non conviventi, purchè sia assicurato tutto il nucleo familiare del dipendente al completo, con corresponsione del relativo premio previsto dal contratto.

Ricovero: la degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Società: RBM Salute S.p.A.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: prestazioni di medicina fisica e riabilitativa eseguiti da medico o da professionista fornito di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia, effettuate presso Centri Medici, 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. Dalla presente copertura dovranno, in ogni caso, ritenersi escluse 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 visita effettuata dal medico fornito di specializzazione.

Polizza Rimborso Spese Mediche da Malattia e da Infortunio

Condizioni di Assicurazione

Sezione I

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. PERSONE ASSICURATE

L'assicurazione è prestata 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. Possono essere assicurati anche i nuclei familiari dei predetti Dipendenti, nei termini previsti dall'art. 28. Per i Dipendenti nuovi assunti e relativi nuclei familiari l'inclusione in garanzia è regolata dal successivo art. 30.

L'assicurazione cesserà, anche per il nucleo familiare, alla scadenza annuale successiva alla data di pensionamento o cessazione del servizio del Dipendente.

2. GARANZIE PRESTATE

La Società rimborsa fino alla concorrenza delle somme assicurate le spese sostenute nel caso di:

- A. Ricovero in istituto di cura, pubblico o privato, anche in regime di degenza diurna (day-hospital) con o senza intervento chirurgico, nonché di intervento chirurgico effettuato in ambulatorio o presso un pronto soccorso, resi necessari per infortunio, malattia o parto cesareo;
- B. Prestazioni specialistiche extraospedaliere, come meglio definite all'art. 6 che segue;
- C. Prestazioni domiciliari e ambulatoriali, come meglio definite all'art. 7 che segue;
- D. Spese per acquisto di lenti a contatto e non, a seguito di usura e/o modifica di visus, escluse montature, come da disciplina dell'art. 9 che segue;
- E. Parto non cesareo, come da disciplina dell'art. 10 che segue;
- F. Acquisto di apparecchi protesici e terapeutici, come da disciplina dell'art. 11 che segue;
- G. Spese per diagnostica preventiva ginecologica come da disciplina dell'art. 12 che segue;
- H. Cure Dentarie da malattia come da disciplina dell'art. 13 che segue.

3. SOMME ASSICURATE

Le garanzie di cui sopra sono prestate fino alla concorrenza delle seguenti somme assicurate che costituiscono la massima disponibilità per anno assicurativo, per assistito e per nucleo familiare (indipendentemente dal numero dei componenti il nucleo stesso):

2.A Ricovero in istituto di cura	Euro 51.646=
2.B Prestazioni specialistiche extraospedaliere	Euro 5.165=
2.C Prestazioni domiciliari e ambulatoriali	Euro 1.550=
2.D Spese per acquisto lenti	vedi art. 9
2.E Parto non cesareo	Euro 1.033=
2.F Apparecchi protesici e terapeutici	Euro 1.550=
2.G Diagnostica preventiva ginecologica	vedi art. 12
2.H Cure Dentarie da malattia	Euro 800=

3.BIS RESTITUZIONE DELLE SOMME INDEBITAMENTE PAGATE

Nel caso in cui, per qualsiasi prestazione in assistenza diretta, si dovesse accertare la non validità della copertura e/o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività o l'inefficacia dell'assicurazione, le stesse saranno comunicate all'Assistito che dovrà restituire alla Società, entro e non oltre 15 giorni dalla comunicazione, tutte le somme dalla stessa indebitamente liquidate alle Strutture Sanitarie e/o medici convenzionati. In caso di mancata restituzione delle somme, nel termine previsto di 15 giorni, la Società si riserva il diritto di agire giudizialmente nei confronti dell'Assistito per ottenerne la restituzione in forza dell'impegno assunto con le Strutture Sanitarie e/o medici convenzionati al momento del ricovero e/o della prestazione.

4. 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 - ART. 2.A

- 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'assistito a seguito di malattia o infortunio con ogni mezzo sanitariamente attrezzato fino alla concorrenza del sub-limite di Euro **1.550=**;

- Durante il ricovero in istituto di cura, la Società rimborsa le spese per:
 - onorari medici;
 - rette di degenza fino alla concorrenza di Euro 155= 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 Euro 78= giornalieri e per un massimo di 30 giorni per anno assicurativo elevati a Euro 130= 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'Assistito;

- 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, effettuate esclusivamente presso gli Studi Dentistici convenzionati, fino alla concorrenza del sub-limite di Euro 10.000= per anno assicurativo e per nucleo familiare;
- 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 Euro 1.033= ed anche nei casi di parto non cesareo.
- interventi chirurgici sul feto, purché volti alla correzione di difetti e malformazioni dello stesso.

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 51.646= da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo e per nucleo familiare e secondo quanto previsto al successivo art. 5, come meglio descritto all'art. 22

5. ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA RIMBORSUALE

Relativamente alle prestazioni di cui all'art. 4, 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. Qualora l'Assistito non si avvalga per qualsiasi motivo di detta assistenza, le spese sanitarie effettivamente sostenute presso Istituti di Cura e/o medici non convenzionati in forma rimborsuale, purché sempre inerenti le predette garanzie, verranno rimborsate con una detrazione del 15% sull'ammontare delle suddette spese liquidabili a termini di polizza,

Tale limitazione non verrà applicata per le rette di degenza, per le quali vale la specifica pattuizione (vedi art. 4).

Nei casi di ricovero per il quale l'Istituto di Cura richiede il pagamento di un anticipo, la Società corrisponde su richiesta dell'Assistito l'importo versato a tale titolo entro il 20% della somma garantita, salvo conguaglio a cure ultimate.

5.BIS ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA ASSISTENZA DIRETTA

L'assistenza diretta viene prestata per le prestazioni di cui all'art.4 al 100% in caso di ricovero con intervento chirurgico, intervento chirurgico ambulatoriale e ricovero senza intervento, presso le strutture sanitarie e/o medici convenzionati con la Società. In tal caso previa autorizzazione della Centrale Operativa, 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'Assistito 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 Euro 155= giornalieri. Altri titoli di spesa, non compresi nelle convenzioni, per i quali l'Assistito abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di assicurazione, dovranno essere inviati dall'Assistito stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione secondo i criteri di cui all'art.22.

6. SPESE RIMBORSABILI IN CASO DI PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE - ART. 2.B

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

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 5.165= da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo, per assistito e per nucleo familiare, secondo quanto previsto ai successivi articoli 6BIS e 6TER.

6.BIS ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA RIMBORSUALE

Relativamente alle prestazioni di cui all'art. 6, 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.

Qualora l'Assistito non si avvalga per qualsiasi motivo di detta assistenza, le spese sanitarie effettivamente sostenute presso Istituti di Cura e/o medici non convenzionati in forma rimborsuale, purché sempre inerenti le predette garanzie, verranno rimborsate con una detrazione per esame nella misura del 20% con il minimo di Euro 52=, delle spese effettivamente sostenute e documentate, come meglio descritto all'art. 22.

6.TER ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA ASSISTENZA DIRETTA

L'assistenza diretta viene prestata per le prestazioni di cui all'art.6 presso le strutture sanitarie e/o medici convenzionati con la Società. In tal caso previa autorizzazione della Centrale Operativa, la Società provvede a pagare direttamente all'Istituto di cura e/o medici convenzionati quanto agli stessi dovuto a termini di polizza con una detrazione per esame nella misura del 10% con il minimo di Euro 52=, delle spese effettivamente sostenute e documentate, che rimarrà a carico dell'Assistito. Resterà a carico dell'Assistito 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'Assistito abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di assicurazione, dovranno essere inviati dall'Assistito stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione secondo i criteri di cui all'art.22.

7. SPESE RIMBORSABILI IN CASO DI PRESTAZIONI DOMICILIARI ED AMBULATORIALI - Art. 2.C

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.

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 1.550= da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo e per nucleo familiare secondo quanto previsto ai successivi articoli 7BIS e 7TER.

7.BIS ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA RIMBORSUALE

Relativamente alle prestazioni di cui all'art. 7, 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.

Qualora l'Assistito non si avvalga per qualsiasi motivo di detta assistenza, le spese sanitarie effettivamente sostenute presso Istituti di Cura e/o medici non convenzionati in forma rimborsuale, purché sempre inerenti le predette garanzie, verranno rimborsate con una detrazione del 20% con il minimo di Euro 26=per evento, delle spese effettivamente sostenute e documentate, come meglio descritto all'art. 22.

7.TER ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA ASSISTENZA DIRETTA

L'assistenza diretta viene prestata per le prestazioni di cui all'art.7 presso le strutture sanitarie e/o medici convenzionati con la Società. In tal caso previa autorizzazione della Centrale Operativa, la Società provvede a pagare direttamente all'Istituto di cura e/o medici convenzionati quanto agli stessi dovuto a termini di polizza con una franchigia fissa di Euro 26= per evento, delle spese effettivamente sostenute e documentate, che rimarrà a carico dell'Assistito. Resterà a carico dell'Assistito 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'Assistito abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di assicurazione, dovranno essere inviati dall'Assistito stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione secondo i criteri di cui all'art.22.

8. TICKET SANITARI E/O SPESE SANITARIE

Nel caso in cui le prestazioni di cui alle garanzie 2.B (prestazioni specialistiche extraospedaliere) e 2.C (prestazioni domiciliari e ambulatoriali) l'Assistito 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 Euro 26=anche se per più di una prestazione e per patologie diverse.

9. SPESE RIMBORSABILI PER L'ACQUISTO DI LENTI - Art. 2.D

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di lenti correttive della vista a contatto e non, a seguito di usura e/o modifica visus, con l'esclusione delle montature. E' necessario specificare se si tratta di prima prescrizione di lenti correttive della vista.

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza dei massimali sottoindicati da intendersi come disponibilità massima per anno assicurativo e per nucleo familiare, secondo quanto previsto ai successivi articoli 9BIS e 9TER

- Nucleo di 1 persona Euro **130=**
- Nucleo di 2 persone Euro **181=**
- Nucleo di 3 persone Euro **207=**
- Nucleo di 4 persone Euro **259=**

Il massimale annuo previsto per nucleo familiare può essere utilizzato anche da un solo componente del nucleo, fermo restando l'applicazione dello scoperto e minimo previsti.

9.BIS ASSICURAZIONE IN FORMA RIMBORSUALE

Relativamente alle prestazioni di cui all'art. 9, le spese effettivamente sostenute in forma rimborsuale presso Centri Ottici, purché sempre inerenti le predette garanzie, verranno rimborsate con una detrazione del 25%, con il minimo di Euro 16= per sinistro, delle spese effettivamente sostenute e documentate, come meglio descritto all'art. 22.

9.TER ASSICURAZIONE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

L'assistenza diretta viene prestata per le prestazioni di cui all'art.9 presso Centri Ottici convenzionati con la Società. In tal caso previa autorizzazione della Centrale Operativa, la Società provvede a pagare direttamente ai Centri ottici convenzionati quanto agli stessi dovuto a termini di polizza con una detrazione del 20%, con il minimo di Euro 16= per sinistro, delle spese effettivamente sostenute e documentate, che rimarrà a carico dell'Assistito. Resterà a carico dell'Assistito e dovrà essere dallo stesso versato il costo delle prestazioni che non sono contemplate dalla copertura.

10. SPESE RIMBORSABILI NEL CASO DI PARTO NON CESAREO - Art. 2.E

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.

La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 1.033= da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo, per assistito e/o nucleo familiare . secondo quanto previsto ai successivi articoli 10BIS e 10TER

10.BIS ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA RIMBORSUALE

Relativamente alle prestazioni di cui all'art. 10, 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. Qualora l'Assistito non si avvalga per qualsiasi motivo di detta assistenza,

le spese sanitarie effettivamente sostenute presso Istituti di Cura e/o medici non convenzionati in forma rimborsuale, purché sempre inerenti le predette garanzie, verranno rimborsate con una detrazione del 20% sull'ammontare delle suddette spese liquidabili a termini di polizza entro i limiti previsti, come meglio descritto all'art. 22.

10.TER ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA ASSISTENZA DIRETTA

L'assistenza diretta viene prestata per le prestazioni di cui all'art.10 con una detrazione del 20% sull'ammontare delle suddette spese liquidabili a termini di polizza entro i limiti previsti, presso le strutture sanitarie e/o medici convenzionati con la Società. In tal caso previa autorizzazione della Centrale Operativa, 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'Assistito 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'Assistito abbia diritto al rimborso ai sensi delle condizioni di assicurazione, dovranno essere inviati dall'Assistito stesso alla Società che provvederà alla relativa liquidazione secondo i criteri di cui all'art.22.

11. SPESE RIMBORSABILI IN CASO DI ACQUISTO DI APPARECCHI PROTESICI E TERAPEUTICI - Art. 2.F

La Società rimborsa le spese sostenute per l'acquisto di apparecchi protesici e terapeutici a seguito di infortunio o malattia che abbiano reso necessario il ricovero o l'intervento chirurgico. La presente garanzia è prestata fino alla concorrenza di Euro 1.550= da intendersi come disponibilità unica per anno assicurativo, per assistito e/o nucleo familiare,

La presente garanzia è prestata esclusivamente in forma rimborsuale secondo quanto previsto al successivo art. 11BIS.

11.BIS ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA RIMBORSUALE

Relativamente alle prestazioni di cui all'art. 11, 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. Qualora l'Assistito non si avvalga per qualsiasi motivo di detta assistenza, le spese sanitarie effettivamente sostenute presso Istituti di Cura in forma rimborsuale, purché sempre inerenti le predette garanzie, verranno rimborsate con una detrazione del 25%, come meglio descritto all'art. 22

12. DIAGNOSTICA PREVENTIVA GINECOLOGICA - Art. 2.G

In un'ottica di prevenzione è previsto il rimborso delle spese sostenute per i seguenti accertamenti di diagnostica preventiva (check-up ginecologico):

- a) visita specialistica
- b) pap test
- c) colposcopia e striscio
- d) mammografia
- e) ecografia pelvica
- f) ecografia mammaria

Il rimborso massimo previsto, per l'intera durata della copertura, per i suddetti accertamenti diagnostici ammonta a Euro 340=, da intendersi come disponibilità unica, per l'intera durata della polizza, per assistito e/o nucleo familiare, secondo quanto previsto ai successivi art. 12 BIS E 12 TER.

Resta inteso che la Società prenderà in considerazione solo n. 2 denunce di sinistro relative alle prestazioni di cui sopra anche se erogate in epoche diverse nel corso dell'intera durata della polizza.

12.BIS ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA RIMBORSUALE

Relativamente alle prestazioni di cui all'art. 12, 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.

Qualora l'Assistito non si avvalga per qualsiasi motivo di detta assistenza, le spese sanitarie effettivamente sostenute presso Istituti di Cura e/o medici non convenzionati in forma rimborsuale, purché sempre inerenti le predette garanzie, verranno rimborsate al **100%** nei limiti sopra descritti, come meglio descritto all'art. 22.

12.TER ASSICURAZIONE IN FORMA INTEGRATIVA ASSISTENZA DIRETTA

L'assistenza diretta viene prestata per le prestazioni di cui all'art.7 al **100%** nei limiti sopra descritti, presso le strutture sanitarie e/o medici convenzionati con la Società. In tal caso previa autorizzazione della Centrale Operativa, 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'Assistito e dovrà essere dallo stesso versato il costo delle prestazioni che non sono contemplate dalla copertura.

13. CURE DENTARIE DA MALATTIA - Art. 2.H

Sono comprese le cure dentarie ed ortodontiche da malattia, effettuate esclusivamente presso gli Studi Dentistici convenzionati, previste come dall'allegato 2 Tariffario e nei limiti da questo indicati.

La presente garanzia viene prestata per il singolo Dipendente (esclusi i familiari) fino alla concorrenza di Euro 800= per anno assicurativo.

E' data facoltà ai familiari di aderire alla polizza attivando l'opzione comprensiva della garanzia "cure dentarie" (con elevazione del massimale da euro 800 pro dipendente a Euro 1200 pro nucleo a fronte dei seguenti premi aggiuntivi :

- Euro 75 per 1 familiare
- Euro 130 per 2 familiari
- Euro 180 per 3 familiari
- Euro 50 per ogni familiare in più

Al fine di poter usufruire di tali prestazioni sarà necessaria un'adesione minima di familiari entro il 28/02/2012 pari al 35% (circa 1600 teste).

13.BIS ASSICURAZIONE IN ASSISTENZA DIRETTA

L'assistenza diretta viene prestata per le prestazioni di cui all'art.13 nei limiti sopra descritti presso le strutture sanitarie e/o medici convenzionati con la Società. In tal caso previa autorizzazione della Centrale Operativa, la Società provvede a pagare direttamente agli Studi Dentistici convenzionati quanto agli stessi dovuto a termini di polizza. Resterà a carico dell'Assistito e dovrà essere dallo stesso versato il costo delle prestazioni che non sono contemplate dalla copertura o eccedenti i limiti previsti.

14. INDENNITA' 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 Euro 62=, per la durata massima di 120 giorni per anno assicurativo, per assistito e/o nucleo familiare.

Nel caso di "grande intervento chirurgico" l'importo della diaria si intende elevato a Euro 104=.

Non danno diritto all'indennità i ricoveri in Day Hospital.

15. RADDOPPIO PER GRANDE INTERVENTO

Nel caso in cui l'Assistito subisca un intervento chirurgico rientrante tra quelli definiti "Grande intervento chirurgico" (come da elenco di cui all'Allegato 1), la somma assicurata per la garanzia 2.A si intende raddoppiata, fermo restando che tale disponibilità è da considerarsi per anno assicurativo, per assistito e per nucleo familiare, e tiene conto di eventuali sinistri già liquidati nel medesimo anno assicurativo.

16. 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, salvo quanto previsto all'art. 29 punto 4.

17. ESTENSIONE TERRITORIALE

La presente assicurazione è valida in tutto il mondo.

18. ESCLUSIONI

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) i trattamenti fisioterapici e rieducativi, cure termali e medicinali, tranne quelli già espressamente previsti per la garanzia 2.A;
- b) 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;
- c) le intossicazioni conseguenti ad abuso di alcolici o ad uso di allucinogeni, nonché ad uso non terapeutico di psicofarmaci e stupefacenti;

- d) l'acquisto, la manutenzione e la riparazione di apparecchi protesici e terapeutici, salvo quanto previsto nella garanzia 2.F;
- e) il rimborso delle spese relative ad infortuni sofferti in conseguenza di stato di ubriachezza o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- f) 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'Assistito sia portatore inconscio;
- g) le applicazioni di carattere estetico, salvo gli interventi di chirurgia plastica ricostruttiva resi necessari da infortunio o da intervento chirurgico demolitivo conseguente a neoplasia;
- h) 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 2.H;
- i) le malattie professionali così definite dal D.P.R. 30106/65 n. 1124;
- j) le conseguenze dirette o indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo, come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- k) le conseguenze derivanti da guerra, insurrezione, tumulti popolari, atti violenti o aggressioni cui l'Assistito abbia preso parte attiva e volontaria, che abbiano movente politico o sociale, da movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche.

19. PERSONE NON ASSICURABILI

Non sono assicurabili con il presente contratto, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute, le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, o dalle seguenti infermità mentali: schizofrenia, forme maniaco depressive o stati paranoidi, altre infermità mentali caratterizzate da sindromi organico cerebrali.

L'assicurazione cessa con il loro manifestarsi.

Tuttavia, in caso di insorgenza successiva alla data di effetto della presente copertura, il sinistro riguardante le infermità mentali elencate nel precedente primo comma, sarà ammesso al beneficio delle prestazioni assicurative, limitatamente al primo ricovero.

Non sono altresì assicurabili le persone che al momento della stipulazione del contratto abbiano compiuto il 65[^] anno di età, salvo quanto previsto al successivo art. 20.

20. LIMITE DI ETÀ'

L'assicurazione vale per i dipendenti di età non superiore a 65 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 copertura, senza che in contrario possa essere opposto l'eventuale incasso dei premi scaduti dopo il compimento dell'età suddetta, premi che in tal caso verranno restituiti a richiesta del Contraente.

Nel caso in cui il dipendente resti in servizio oltre il 65[^] anno di età, l'assicurazione resta operante, anche per il nucleo familiare, fino alla scadenza annua successiva alla cessazione del rapporto di lavoro e comunque non oltre il 70[^] anno di età.

21. DENUNCIA DEI SINISTRI

Il sinistro deve essere denunciato 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'articolo 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.

L'Assistito autorizza la Società a prendere visione ed a chiedere copia dei certificati medici, delle cartelle cliniche e di ogni altro documento attinente al caso denunciato nonché ad assumere qualsiasi informazione relativa.

22. LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

■ **Pagamento indiretto – Rimborso all'Assistito**

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

- 1) cartella clinica completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di Ricovero anche in Day Hospital;
- 2) certificato medico attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso garanzie extraospedaliere;
- 3) dettagliata relazione medica attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di Intervento Ambulatoriale;
- 4) referto del Pronto Soccorso, in caso di infortunio.

La documentazione deve essere intestata all'Assistito e il rimborso avviene in favore dell'Assistito. Agli effetti del rimborso dovuto, tutte le prestazioni assicurate devono essere prescritte da un medico diverso dal medico che effettuerà - direttamente o indirettamente - le predette prestazioni.

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

Le prestazioni suddette devono essere effettuate da 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.

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 dall'Assistito, ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano dei Cambi.

■ **Pagamento diretto**

E' prevista l'assistenza diretta per tutte le prestazioni della presente copertura, ad eccezione di quanto previsto nella garanzia 2.F.

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

Quanto suddetto vale anche per le prestazioni extraospedaliere senza alcuna limitazione di importo minimo.

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

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

Restano a carico dell'Assistito le sole franchigie e scoperti eventualmente previsti in copertura.

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

Il dettaglio della procedura di accesso ai regimi di assistenza diretta e rimborsuale è indicata nell'*Allegato n. 4 "GUIDA ALLE PRESTAZIONI SANITARIE – REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA E RIMBORSUALE"*.

■ **Livelli di servizio e penali**

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 come da tabella "Livelli di servizio" allegata (n. 3).

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 nell'allegato n.3 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 dall'allegato n.3 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 2012, al fine di poter provvedere ad un'opportuna taratura dei processi gestionali.

23. CONTROVERSIE

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del sinistro, le parti possono conferire, per iscritto, mandato di decidere, a norma ed ai sensi delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre Medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Medico risiede nel Comune sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assistito.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera il Medico da essa designato, contribuendo per metà delle spese e competenze per il terzo Medico, esclusa ogni solidarietà.

Le decisioni del Collegio Medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa di ogni formalità di legge e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

24. IMPOSTE

Sono a carico della Cassa le imposte e gli altri carichi presenti e futuri stabiliti in conseguenza del contratto.

25. RIFERIMENTO ALLE NORME DI LEGGE

Per tutto quanto non espressamente regolato dal contratto valgono le norme di legge.

26. FORO COMPETENTE

Per ogni controversia tra la Società e la Cassa è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Società

Per ogni controversia tra la Contraente e la Cassa è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Cassa.

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

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

27. FORMA DELLE COMUNICAZIONI

Il Contraente presta preventiva ed espressa accettazione a che la Società adempia agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza.

28. PAGAMENTO DEL PREMIO

Il premio annuo pro-capite per Dipendente in servizio a tempo indeterminato si intende stabilito in Euro **921=** di cui, secondo accordi, Euro **766,06=** di fonte Azienda e che il Contraente corrisponderà, entro il 1^a febbraio di ogni annualità assicurativa, sulla base del numero effettivo degli Iscritti ed i restanti Euro **154,94=** di fonte Dipendente, che verrà versato dal Contraente e conguagliato a fine annualità in sede di regolamento del premio.

Il premio annuo pro-capite per Dipendente in servizio a tempo determinato (Contrattista) si intende stabilito in Euro **921=** di cui, secondo accordi, Euro **510,72=** di fonte Azienda ed i restanti Euro **410,28=** di fonte Dipendente. Il Contraente dovrà corrispondere entro il 1^a febbraio di ogni annualità assicurativa il premio complessivo di Euro **921=** sulla base del numero effettivo degli Iscritti.

Il 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 sotto riportata.

Il premio annuo pro-capite per ogni familiare verrà corrisposto come segue:

- mensilmente dal Contraente in misura pari ad 1/12 degli importi annui indicati, per i familiari dei Dipendenti in servizio a tempo indeterminato;
- entro il 1^a febbraio di ogni annualità assicurativa dal Contraente, per i familiari dei Dipendenti in servizio a tempo determinato (Contrattisti);

TABELLA PREMI	
Euro 921=	Pro-capite per ogni dipendente comprensivo delle "Cure Dentarie"
Euro 295=	Per il coniuge/convivente more-uxorio, senza "Cure Dentarie"
Euro 180=	Per ciascun figlio, senza "Cure Dentarie"

29. INCLUSIONE ED ESCLUSIONE DI ASSISTITI

Si prende atto che:

1. per i Dipendenti già in servizio a tempo indeterminato e relativi nuclei non ancora iscritti al F.A.S.I. RAI, nonché per i Dipendenti in servizio a tempo determinato (Contrattisti) e relativi nuclei non ancora iscritti al F.A.S.I. RAI, previa sottoscrizione dell'adesione, la garanzia decorrerà dalle ore 00 del 01/07 e 01/01 di ciascun anno rispettivamente per le adesioni pervenute nei sei mesi precedenti.

Il premio dovuto per ciascun dipendente da parte del Contraente dovrà essere corrisposto entro 30 gg. dalla data di decorrenza della garanzia; il premio a carico dell'Iscritto per l'effettivo periodo di garanzia verrà corrisposto come previsto dalle tabelle sottostanti.

2. per i Dipendenti **Neo-assunti** a tempo indeterminato non ancora iscritti al F.A.S.I. RAI, la garanzia decorrerà dalle ore 00 della data effettiva di iscrizione al F.A.S.I. RAI purchè l'iscrizione avvenga entro i 30 giorni dalla data di assunzione del Dipendente.

Il premio per ciascun neo-assunto a tempo indeterminato verrà corrisposto mensilmente come previsto dalla tabella sottostante.

Per i familiari i premi sono regolati come da art. 28.

3. i **Neonati** devono essere inclusi entro 180 giorni dalla data di nascita, con decorrenza dalle ore 00 del 1^a giorno del mese successivo alla data di adesione. Il premio in tal caso verrà corrisposto mensilmente come previsto dalla tabella sottostante. Se l'inclusione non avviene

entro il termine previsto, non possono successivamente essere inclusi in garanzia per la durata originaria del presente contratto.

4. i Dipendenti che abbiano dato disdetta ed in seguito intendano aderire nuovamente verranno accettati con un periodo di carenza, per le malattie ed il parto, di 360 giorni.
5. per l'Assistito che cesserà il rapporto di lavoro nel corso dell'anno assicurativo la garanzia si intenderà prestata per il Dipendente e relativo nucleo fino alla scadenza annuale successiva alla cessazione. Il Contraente si impegna a trattenere ed a versare alla Società tutte le rate di premio mensili per il completamento dell'annualità.
6. in caso di premorienza del titolare in corso di copertura il nucleo familiare avrà diritto comunque a mantenere la copertura assicurativa per l'intera durata della presente copertura. In tal caso l'assistito superstite più anziano non verserà più il premio relativo allo status posseduto quando il titolare era ancora in vita (ad es. coniuge) ma verserà un premio di ammontare pari a quello del titolare, mentre per gli altri componenti del nucleo l'ammontare del premio rimarrà invariato. Resta inteso il limite di età previsto all'art. 20.

Il Contraente si impegna a trasmettere l'elenco degli Assistiti, unitamente ai relativi importi dovuti, nonché tutte le eventuali variazioni successive, tramite tracciato anagrafico previsto.

Si riporta di seguito la tabella dettagliata dei premi per fonte contributiva e per categoria di iscritti.

TABELLA DETTAGLIO PREMI PER FONTE CONTRIBUTIVA				
DIPENDENTI A TEMPO INDETERMINATO		Quota Annuale (1/1)	Quota Semestrale (1/7)	Quota in corso d'anno
Azienda		€ 766,06	€ 766,06	€ 766,06 (*)
Dipendente		€ 154,94	€ 77,47	€ 12,91 per mesi copertura (*)
Coniuge o convivente more uxorio		€ 295=	€ 177=	
Ogni Figlio		€ 180=	€ 108=	
Neonato				€ 15= per mesi copertura

(*) valida solo per il Neo-Assunto non iscritto al Fondo

TABELLA DETTAGLIO PREMI PER FONTE CONTRIBUTIVA		
DIPENDENTI A TEMPO DETERMINATO (CONTRATTISTI)	Quota Annuale (1/1)	Quota Semestrale (1/7)
Azienda	€ 510,72	€ 510,72
Dipendente	€ 410,28	€ 205,14
Coniuge o convivente more uxorio	€ 295=	€ 177=
Ogni Figlio	€ 180=	€ 108=

30. EFFETTO E DURATA DELLA COPERTURA

La presente copertura ha durata di anni tre, con effetto dalle ore 00.00 del 01/01/2012, purché venga pagato il premio ai sensi dell'art. 28.

La scadenza del contratto viene stabilita alle ore 00.00 del 01/01/2015 ed in tale data la copertura assicurativa cesserà di avere ogni effetto, senza obbligo di disdetta dalle Parti.

31. VERIFICA ANDAMENTO TECNICO

Nell'arco del triennio di copertura, il rinnovo del contratto per l'annualità successiva avverrà previa verifica dell'andamento tecnico effettivo dei Piani sanitari (Sinistri/Premi – S/P). L'andamento tecnico effettivo della copertura sarà effettuato calcolando il rapporto tra i sinistri liquidati e riservati al 31.12 di ciascun anno, inclusivi di sinistri denunciati ma non ancora pagati (OSR) e sinistri accaduti e non denunciati (IBNR) di competenza del periodo indicato (01.01 – 31.12) ed il premio di competenza del medesimo periodo (01.01 – 31.12) al netto delle imposte.

La Società comunicherà per iscritto entro la prima settimana di novembre una prima elaborazione dell'andamento tecnico con i dati dei sinistri aggiornati al 31/10 dell'annualità di competenza in base alla quale le parti provvederanno al rinnovo applicando le seguenti regole:

- se l'S/P risulterà inferiore o uguale all'**80%**, la copertura assicurativa potrà essere rinnovata, a condizione che sia confermata per l'annualità successiva, almeno la medesima numerosità di assistiti sotto rischio nell'annualità 2012, alle stesse condizioni normative ed economiche in corso;
- se l'S/P risulterà superiore all'**80%** ma inferiore al **90%**, la copertura assicurativa potrà essere rinnovata a condizione che sia confermata per l'annualità successiva, almeno la medesima numerosità di assistiti sotto rischio nell'annualità 2012, alle stesse condizioni normative e con aumento dell'**1%** del premio in corso per ciascun punto di S/P superiore all'**80%**. Qualora per effetto dell'utilizzo della predetta formula di verifica della sostenibilità della polizza risulti necessario provvedere ad un incremento di premio in fase di rinnovo, la Società dichiara sin d'ora che - fatto salvo in ogni caso l'incasso dell'aumento in valore assoluto dovuto in base all'accordo - sarà facoltà del Fondo individuare le modalità di ripartizione di tale onere aggiuntivo tra le diverse categorie di iscritti.
In tal caso la maggiorazione di premio sarà applicata a far data dal primo mese successivo a quello di verifica dell'andamento tecnico definitivo, a valere su tutte le mensilità dell'esercizio in corso.
- se l'S/P risulterà superiore al **90%** ma inferiore al **100%**, le condizioni normative ed economiche del contratto saranno oggetto di nuova contrattazione;
- se l'S/P risulterà pari o superiore al **100%** la copertura assicurativa, in deroga all'art. 30, cesserà automaticamente alla fine dell'anno in corso, salvo diverso accordo tra le parti.

Rimane in ogni caso inteso tra le parti che con esclusione della casistica disciplinata dall'ultimo alinea (S/P pari o superiore al **100%**) l'esecuzione delle misure di rinnovo risultanti dall'applicazione delle regole di rinnovo sopra indicate rimarrà sospeso fino al 31 maggio dell'anno successivo a quello di competenza. Entro tale data le parti si impegnano a dare esecuzione alle misure di rinnovo in base all'andamento tecnico definitivo dell'anno precedente che sarà comunicato dalla Società entro la prima settimana di maggio.

Anche al fine di consentire al Contraente un monitoraggio continuativo dell'andamento tecnico della presente copertura, RBM Salute garantirà al Contraente attraverso il sistema di replicazione dati denominato "Mirror" – l'immediata e costante accessibilità in tempo reale a tutte le informazioni gestite. L'erogazione della predetta fornitura sarà garantita da RBM Salute attraverso Previmedical, società specializzata nella gestione amministrativa dei Fondi Sanitari, appartenente al proprio gruppo.

A tal fine entro il 31/01/2012 Previmedical e F.A.S.I. Rai provvederanno alla stipula di un autonomo contratto di servizio.

Rimane inteso tra le parti che il costo di tale fornitura rimane a carico di RBM Salute.

Le parti si impegnano a incontrarsi trimestralmente per verificare congiuntamente l'andamento tecnico gestionale dei Piani Sanitari oggetto della presente copertura.

32. CLAUSOLA BROKER

Il Contraente dichiara di aver affidato l'esecuzione e la gestione della presente polizza, per l'intera durata compresi i rinnovi, alla Società AON SPA. Le comunicazioni alle quali l'Assistito/Contraente è tenuto, devono essere fatte per iscritto alla Società di brokeraggio AON SPA. Pertanto, agli effetti delle condizioni tutte della presente polizza, la Società e la Cassa danno atto che ogni comunicazione fatta dal Contraente/Assistito al Broker si intenderà come fatta a tutti gli effetti alla Società e alla Cassa, come pure ogni comunicazione fatta dal Broker alla Società e alla Cassa, nel nome e per conto del Contraente/Assistito, si intenderà fatta dal Contraente/Assistito stesso. Rimane inteso che il Broker non comporterà oneri aggiuntivi per il Contraente.

Sezione II

SERVIZI AGGIUNTIVI PREVIMEDICAL

Inoltre gli assistiti con la presente polizza potranno beneficiare dei seguenti servizi erogati direttamente da Previmedical S.p.a. senza costi aggiuntivi e nel rispetto della normativa in vigore:

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

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

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

a) Informazione ed orientamento medico telefonico

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

b) Consulenza sanitaria telefonica di alta specializzazione

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

L'équipe medica di cui la Centrale Operativa di Previmedical si avvale provvede, all'occorrenza, ad individuare e segnalare all'Assistito medici specialisti o centri per la diagnosi e la cura di patologie rare o comunque particolari, restando a disposizione per facilitare i contatti tra l'Assistito e il centro in questione 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 di Previmedical possono richiedere la documentazione clinica in possesso dell'Assistito.

c) Consulenza telefonica medico specialistica

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

Il servizio non fornisce diagnosi o prescrizioni.

2. SERVIZIO DI GUARDIA MEDICA PERMANENTE

Quando l'Assistito, a seguito di infortunio o malattia, necessita di ricevere un riscontro nell'ambito di richieste di consulenza medica generica e specialistica (in particolare cardiologia, ginecologia, ortopedia, geriatria, neurologia e pediatria), può mettersi in contatto con la Centrale Operativa di Previmedical 24 ore su 24, tutti i giorni, sabato, domenica e festivi inclusi. La struttura dedicata al servizio si occupa direttamente sia dei contatti telefonici con gli assistiti che con i medici/paramedici curanti, consentendo agli assistiti di ricevere un riscontro costante attraverso un presidio medico continuativo.

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

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

3. GESTIONE APPUNTAMENTO

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

4. TUTORING

Previmedical, anche attraverso la collaborazione con primari operatori del terzo settore, è in grado di mettere a disposizione un qualificato servizio di Tutoring che consente agli Assistiti di disporre di un affiancamento costante e professionalmente qualificato per l'individuazione dei corretti percorsi terapeutici, per l'organizzazione di programmi di prevenzione personalizzati e per la gestione dei propri bisogni assistenziali.

Il servizio è realizzato attraverso il coordinamento dei professionisti e dei mezzi resi disponibili nell'ambito della rete assistenziale e mediante l'interazione ed il costante supporto con la struttura di consulenza medica.

5. SECOND OPINION

L'Assistito, dopo aver fornito alla Centrale Operativa di Previmedical 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.

Roma,

RBM SALUTE SPA

FASI RAI

CASSA RBM SALUTE

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, la Cassa ed il Contraente dichiarano di approvare specificatamente le disposizioni degli articoli seguenti delle Condizioni Generali:

- art. 18 (Esclusioni)
- art. 19 (Persone non assicurabili);
- art. 20 (Limite di età);
- art. 23 (Controversie);
- art. 26 (Foro competente);
- art. 27 (Forma delle comunicazioni);
- art. 30 (Effetto e durata della Copertura).

FASI RAI

CASSA RBM SALUTE

ALLEGATI

Allegato 1 – Elenco Grandi Interventi Chirurgici

Allegato 2 – Tabelle per garanzia cure dentarie ed ortodontiche da malattia

Allegato 3 – Livelli di servizio e penali

Allegato 4 – Guida alle prestazioni sanitarie – Regime di assistenza diretta e regime rimborsuale

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 echinococchi
- Resezioni epatiche
- Derivazioni biliodigestive
- Interventi sulla papilla di Vater
- 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 saccolari, 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, siringomielia, 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
- 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}
- Atresia 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-şcapulo-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
- Emipelvectomia
- Emipelvectomie "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
- Vertebrotonomia
- 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 (litotrixxia 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

- Odontocheratoprotesi

OTORINOLARINGOIATRIA

- Asportazione di tumori glomici timpano-giugulari

TRAPIANTI

- Tutti, esclusi i trapianti di cornea

ALLEGATO 2 - TARIFFARIO

Cod. PMED	DESCRIZIONE	Tipo prestaz.	Modalità di fruizione	% rimborso	CATEGORIA			
	Visita orale, visita specialistica	COPERTURA ASSICURATIVA	EROGAZIONE PRESTAZIONE SOLO IN NETWORK	100%	Visite ed Igiene			
	Visita emergenza con intervento d'urgenza							
	Profilassi / Ablazione semplice tartaro							
	Valutazione orale periodica ed Ablazione tartaro							
	Applicazione topica di fluoro							
	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)	COPERTURA ASSICURATIVA	EROGAZIONE PRESTAZIONE SOLO IN NETWORK	90% (scop. Max € 8)	Conservativa			
	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)							
	Sigillatura (per ogni dente)	COPERTURA ASSICURATIVA	EROGAZIONE PRESTAZIONE SOLO IN NETWORK	90% (scop. Max € 13)	Chirurgia			
	Rimozione chirurgica di dente rotto							
	Estrazione semplice di dente o radice							
	Estrazione complessa di dente o radice (o in inclusione ossea parziale)							
	Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale	COPERTURA ASSICURATIVA	EROGAZIONE PRESTAZIONE SOLO IN NETWORK	100%	Radiologia			
	Radiografia endorale o occlusale (bitewing)							
	Rx antero-posteriore o laterale del cranio e delle ossa facciali							
	Radiografia: per ogni radiogramma in più	COPERTURA ASSICURATIVA	EROGAZIONE PRESTAZIONE SOLO IN NETWORK	90% (scop. Max € 26)	Parodontologia			
	Ortopantomografia dentale (otp)							
	Scaling / levigature radici (fino a sei denti)							
	Legature dentali extracoronali (per 4 denti) - splintaggio							
	Gengivectomia (per 4 denti)							
	Gengivectomia per dente							
	Lembo gengivale semplice (per 4 denti)							
	Lembo muco gengivale ripos, apicale/courettage a cielo aperto (4 denti)							
	Rizectomia - per radice (incluso lembo di accesso)							
	Terapia endodontica di 1 canale radicolare (inc. radiografia)					COPERTURA ASSICURATIVA	EROGAZIONE PRESTAZIONE SOLO IN NETWORK	90% (scop. Max € 18)
	Terapia endodontica di 2 canali radicolari (inc. radiografia)							
	Terapia endodontica di 3 canali radicolari (inc. radiografia)							
	Amputazione coronale della polpa e ottur. del cavo pulpare (decidui)							
	CURE ODONTOIATRICHE A SEGUITO DI INFORTUNIO	COPERTURA ASSICURATIVA	EROGAZIONE PRESTAZIONE SOLO IN NETWORK	100%	Infortunio			
Cod. PMED	DESCRIZIONE	Tipo prestaz.	Modalità di fruizione	Tariffa applicata	CATEGORIA			
	Protesi totale in resina sup o inf	ACCESSO A TARIFFE AGEVOLATE AL NETWORK SENZA COPERTURA ASSICURATIVA	ACCESSO AL TARIFFARIO SOLO IN NETWORK	€ 850	Protesi			
	Protesi parziale in resina sup. o inf. fino a 3 elementi - inc. ganci			€ 225				
	Scheletrato in lega stellitica fino a 3 elementi - arcata sup. o inf.			€ 800				
	Gancio su scheletrato			€ 40				
	Attacco di precisione in L.N.P.			€ 150				
	Riparazione protesi			€ 60				
	Agg. elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato			€ 55				
	Ribasatura definitiva protesi totale sup. o inf. / tecnica indiretta			€ 160				
	Ribasatura protesi totale sup. o inf. / tecnica diretta			€ 120				
	Corona fusa in L.N.P.			€ 280				
	Corona fusa in L.P.			€ 340				
	Corona in L.N.P. e resina			€ 320				
	Corona in L.P. e resina			€ 350				
	Corona protesica in L.N.P. e ceramica			€ 400				
	Corona protesica in L.P. e ceramica			€ 550				
	Corona protesica in ceramica integrale			€ 600				
	Corona protesica provvisoria semplice in resina			€ 60				
	Perno moncone/ricostr. con perno-perno fuso/prefabbricato/in fibra carb.			€ 135				
	Intarsio in oro			€ 250				
	Intarsio in ceramica			€ 300				
	Intarsio in composito			€ 200				
	Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno			ACCESSO A TARIFFE AGEVOLATE AL NETWORK SENZA COPERTURA ASSICURATIVA		ACCESSO AL TARIFFARIO SOLO IN NETWORK	€ 1.000	Ortognatodonzia
	Terapia ortodontica con apparec. mobili o funzionali per arc. per anno						€ 700	
	Visita ortodontica (prima visita) incl. rilievo impronte per modelli di studio						€ 70	
	Bite notturno						€ 250	
	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)			ACCESSO A TARIFFE AGEVOLATE AL NETWORK SENZA COPERTURA ASSICURATIVA		ACCESSO AL TARIFFARIO SOLO IN NETWORK	€ 1.000	Implantologia

Laddove nella colonna "tipo prestazione" viene indicato "Accesso al Tariffario", viene riportato l'importo che l'Assicurato dovrà versare in base al tariffario medesimo senza rimborso da parte della Società.

ALLEGATO 3

LIVELLI DI SERVIZIO - PENALI

	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 medie su base annuale)			
MESSA IN PAGAMENTO DEL RIMBORSO	15 GG DI CALENDARIO	10 GG. DI CALENDARIO	33,33%
2) AREA DI SERVIZIO ASSISTENZA DIRETTA (tempistiche medie su base annuale)			
GARANZIA DI PRESA IN CARICO DELLA RICHIESTA	ENTRO 48 H PREAVVISO	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	

ALLEGATO 4

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

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

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

- a) assistenza sanitaria diretta:** per tutte le prestazioni previste dalla copertura, ad eccezione della garanzia 2.F (Acquisto di apparecchi protesici e terapeutici), è riconosciuta agli Assistenti la facoltà di accedere alle prestazioni sanitarie erogate dalle strutture convenzionate appartenenti al Network Sanitario reso disponibile da Previmedical S.p.A., Società specializzata incaricata della gestione del Network, con pagamento diretto alle strutture convenzionate dell'importo dovuto per la prestazione ricevuta dall'Assistito, il quale pertanto non deve anticipare alcuna somma fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti che rimangono a suo carico;
- b) assistenza sanitaria rimborsuale:** è riconosciuto agli Assistenti il rimborso delle spese sostenute per prestazioni ricevute da strutture sanitarie liberamente scelte dai medesimi e non rientranti nell'ambito del network sanitario reso disponibile (fatta salva l'ipotesi di accesso al network senza aver provveduto a contattare preventivamente la Centrale Operativa), nei limiti prestabiliti dal proprio Piano Sanitario.

Non sono ammesse prestazioni eseguite presso le case di convalescenza e di soggiorno, colonie della salute e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze (RSA), in quanto non considerati "Istituti di Cura", nonché palestre, club ginnicosportivi, studi estetici, alberghi salute, medical hotel, centri benessere anche se con annesso centro medico.

Nel caso in cui l'Assistito decida di utilizzare strutture del Servizio Sanitario Nazionale (S.S.N.) o strutture private accreditate dal S.S.N e tutte le spese del ricovero fossero a carico del S.S.N., verrà corrisposta un'indennità sostitutiva giornaliera per ogni giorno di ricovero con pernottamento nei termini previsti dal Piano Sanitario. Si intende escluso il pernottamento in pronto soccorso, salvo i casi in cui il paziente sia stato già assegnato al reparto di competenza e debba attendere in pronto soccorso la disponibilità del posto letto.

Si precisa inoltre che per poter eseguire trattamenti fisioterapici e riabilitativi, intesi come tali le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa tese a rendere possibile il recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza, è necessario avvalersi di medici o di professionisti forniti di laurea in fisioterapia o titolo equivalente riconosciuto in Italia. Dette prestazioni devono essere effettuate presso Centri Medici.

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

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

- a)** consultare l'elenco delle strutture convenzionate e dei medici convenzionati;
- b)** compilare la richiesta di rimborso (nei limiti di quanto stabilito dal successivo § II, lett. A.3).

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

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

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

- a)** avvenuta ricezione da parte dell'ufficio liquidazioni della domanda di rimborso;
- b)** eventuale sospensione della pratica di rimborso, qualora la documentazione allegata alla domanda di rimborso risulti incompleta;
- c)** avvenuta predisposizione dell'ordine di pagamento della domanda di rimborso.

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

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

I. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME DI ASSISTENZA DIRETTA

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

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

A) RICOVERI ED INTERVENTI CHIRURGICI

PRIMA DEL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

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

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

- **800. 99.48.86** da telefono fisso (numero verde);
- **199. 28.50.10** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 041.591.50.47** per chiamate dall'estero.

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

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

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

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

L'Assistito dovrà trasmettere via fax, al numero +39 041 5907375, alla Centrale Operativa:

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

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

Si precisa che per i ricoveri e/o Day Hospital, non "resi necessari da malattia o infortunio", durante i quali vengono compiuti solamente accertamenti o terapie fisiche che, per la loro natura tecnica e in riferimento al quadro clinico, possono essere effettuati anche in ambulatorio

senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente, le spese relative alle prestazioni effettuate verranno riconosciute in forma rimborsuale nei termini e limiti previsti dalle rispettive garanzie extraospedaliere.

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

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

A.1.2 LA PREATTIVAZIONE

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

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

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

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

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

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

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

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

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

A.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

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

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax **(041/5907375)** allegando:

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

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

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

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

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

A.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

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

A.2 LA PRENOTAZIONE

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

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

DOPO IL RICOVERO/INTERVENTO CHIRURGICO

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento), nonché le spese non strettamente relative alla degenza, come telefono, televisione, bar, cartella clinica, diritti amministrativi, ecc..

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

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

B) VISITE SPECIALISTICHE, ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI E PRESTAZIONI EXTRAOSPEDALIERE

PRIMA DI RICEVERE LA PRESTAZIONE

B.1.1 L'AUTORIZZAZIONE

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

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

- **800.99.48.86** da telefono fisso (numero verde);
- **199.28.50.10** da telefono cellulare (numero a tariffa agevolata);
- **0039 041.591.50.47** per chiamate dall'estero.

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

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

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

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

- data della prestazione;
- lettura del certificato medico che indichi la richiesta della prestazione con diagnosi e/o quesito diagnostico. **La 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.**

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

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

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

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

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

L'Assistito, nell'ipotesi in cui l'analisi tecnico-medica compiuta dalla Centrale Operativa abbia avuto esito positivo, riceverà da quest'ultima l'autorizzazione alla prestazione extraospedaliera a mezzo fax o sms o flusso web. La Centrale Operativa, effettuata con esito positivo l'analisi

tecnico-medica, autorizza altresì a mezzo fax, telefono o flusso web la Struttura Convenzionata ad erogare la prestazione all'Assistito in regime di assistenza diretta, con conseguente pagamento da parte di Previmedical, dando evidenza di eventuali spese non previste dal Piano Sanitario, quali ad esempio le prestazioni di medicina alternativa o complementare, definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri come pratiche mediche "non convenzionali" (come chiropratica, osteopatia ecc.), ad eccezione di quelle espressamente previste in copertura.

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

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

B.1.2 LA PREATTIVAZIONE

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

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

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

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

E' possibile perfezionare ulteriormente la ricerca indicando inoltre:

- la ragione sociale della struttura stessa;

- il comune ove è ubicata la struttura;
- il CAP.

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

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

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

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

B.1.3 ECCEZIONE: CASI DI URGENZA MEDICO-SANITARIA

La procedura d'urgenza, che consente di attuare le prestazioni in Network senza rispettare il preavviso di 48 ore lavorative, è attivabile limitatamente a patologie/malattie in fase acuta o in caso di lesioni fisiche obiettivamente constatabili prodotte da evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna.

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

Il modulo compilato va trasmesso alla Centrale Operativa a mezzo fax (**041/5907375**) allegando:

- prescrizione medica contenente il quesito diagnostico e il tipo di patologia per la quale è richiesta la prestazione, attestante inequivocabilmente lo stato di necessità ed urgenza tale da rendere indifferibile la prestazione sanitaria richiesta, al fine di ottenere un'autorizzazione in deroga a quanto stabilito dalla normale procedura;
- nel caso di infortunio, il referto del Pronto Soccorso redatto nelle 24 ore successive all'evento, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure Dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere

oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie). Si precisa che non sono ammessi infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

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

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

La procedura d'urgenza non è attivabile relativamente alle prestazioni sanitarie erogate all'estero, per le quali l'Assistito sarà in ogni caso tenuto a ricevere l'autorizzazione preventiva della Centrale Operativa.

B.1.4 MANCATA ATTIVAZIONE DELLA CENTRALE OPERATIVA

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

B.2 LA PRENOTAZIONE

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

DOPO AVER RICEVUTO LA PRESTAZIONE

A prestazione avvenuta, l'Assistito dovrà controfirmare la fattura emessa dalla Struttura Convenzionata, in cui sarà esplicitata l'eventuale quota a carico dello stesso (per eventuali scoperti, franchigie, prestazioni non contemplate dal Piano Sanitario di riferimento). **Previmedical provvede al pagamento delle spese nei termini previsti, previo ricevimento da parte della Struttura Sanitaria della fattura completa e dell'eventuale ulteriore documentazione giustificativa.**

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

II. LE PRESTAZIONI SANITARIE IN REGIME RIMBORSUALE

A.1 COME CHIEDERE IL RIMBORSO

Per ottenere il rimborso, l'Assistito, al termine del ciclo di cure, non appena disponibile tutta la documentazione medica completa, dovrà compilare in ogni sua parte il Modulo di richiesta di rimborso ed allegare *in fotocopia* la seguente documentazione giustificativa:

- documentazione medica

- a) prescrizione** con indicazione del quesito diagnostico e/o della diagnosi. In caso di infortunio fornire in aggiunta il referto del Pronto Soccorso, in quanto deve essere oggettivamente documentabile. In caso di cure dentarie da infortunio le stesse dovranno essere congrue con le lesioni subite e l'infortunio dovrà essere oggettivamente comprovato con idonea documentazione a supporto (referto di Pronto Soccorso, OPT, radiografie e fotografie).
- Inoltre la documentazione di spesa quietanzata dovrà riportare il dettaglio delle cure eseguite.
- Si precisa che non sono ammessi infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della copertura e gli infortuni derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.
- La prescrizione deve essere stata predisposta da un medico diverso dal medico specializzato che ha effettuato (direttamente o indirettamente) la prestazione, ovvero, qualora il medico prescrittore abbia anche erogato le prestazioni effettuate, le stesse devono essere attestate mediante trasmissione del relativo referto;
- b) cartella clinica** completa e scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.), in caso di ricovero sia con pernottamento che diurno (Day Hospital). Si precisa che non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.
- c) relazione medica** attestante la natura della patologia e le prestazioni effettuate, in caso di intervento Ambulatoriale, con eventuale referto istologico, se eseguito;
- d) certificato del medico oculista**, o dell'optometrista regolarmente abilitati, attestante la modifica del visus, in caso di acquisto lenti (se previsto dal Piano Sanitario), intendendosi comunque escluse le lenti "usa e getta". Si precisa che andrà specificato se si tratta di

prescrizione per prime lenti; si precisa inoltre che è necessario presentare il certificato di conformità rilasciato dall'ottico, come da D. Lgs del 24.02.97 n.46.

e) quant'altro necessario ai fini della corretta liquidazione dei sinistri.

- **documentazione di spesa quietanzata** (fatture, note, ricevute), emessa da Istituto di Cura, da Centro Medico, inteso per tale la Struttura, anche non adibita al ricovero, non finalizzata al trattamento di problematiche di natura estetica, organizzata, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità (esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, utilizzo di apparecchiature elettromedicali, trattamenti fisioterapici e riabilitativi) e dotata di direzione sanitaria. La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi.

Tutta la documentazione dovrà essere fiscalmente in regola con le vigenti disposizioni di legge e redatta in lingua italiana, o comunque corredata da traduzione in lingua italiana. Non sono ammessi documenti di spesa che presentino cancellature e correzioni.

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

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

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

A.2 LA RICHIESTA DI RIMBORSO CARTACEA

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

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

FASI Rai

ufficio liquidazione c/o Previmedical S.p.A.

Casella Postale n. _____

31021 Mogliano Veneto (TV)

A.3 LA RICHIESTA DI RIMBORSO ON-LINE

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

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

La trasmissione delle informazioni avviene con la garanzia di un elevatissimo grado di riservatezza e sicurezza (prot. SSL a 128 bit).

A.4 LA RICHIESTA DI RIMBORSO TELEMATICA

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

Al termine della compilazione on-line del modulo di rimborso, l'iscritto dovrà procedere alla stampa ed alla sottoscrizione dello stesso ed alla sua successiva trasmissione unitamente alla documentazione delle spese per le quali viene avanzata richiesta di rimborso.

A seguito della stampa del modulo, la richiesta effettuata (che potrà essere annullata in giornata da parte dell'Assistito) sarà gestita presso la Centrale Operativa, che rimarrà in attesa di ricevere la versione cartacea del modulo, congiuntamente alla prescritta documentazione, per procedere all'avvio della fase liquidativa.

Per coloro che non dispongano di un accesso ad internet, le richieste di rimborso potranno essere avanzate attraverso il canale tradizionale (cartaceo), con le modalità descritte al precedente § II, lett. A.2).

B. LA CONSULTAZIONE ON-LINE DELLA PROPRIA PRATICA

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

In particolare, per ogni rimborso effettuato nei cinque anni precedenti, verranno rese disponibili le seguenti informazioni:

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

C. SERVIZIO "SEGUI LA TUA PRATICA"

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

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

ALLEGATO 5

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196

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

Trattamento dei dati personali per finalità assicurative

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

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali

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

Diritti dell'interessato⁽⁵⁾

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

Lei ha il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile. Lei ha anche il diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei Suoi dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati; ha inoltre il diritto di ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco e di opporsi al loro trattamento.

Per l'esercizio dei Suoi diritti, nonché 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 a RBM Salute S.p.A. Via Nino Bixio, 31 – 20129 Milano.

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali – anche sensibili - per finalità assicurative, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi.

ACCONSENTO/IAMO

NON ACCONSENTO/IAMO

Barrare con la X la casella prescelta in caso di mancata scelta da parte del Contraente il consenso non si intenderà prestato

La Cassa _____ F.A.S.I. RAI _____

Note

- 1) L'art. 4, comma 1 lett. d) del Codice definisce "sensibili" i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. Lo stesso art. 4, comma 1 lett. e) definisce "giudiziari" i dati personali inerenti il casellario giudiziale, l'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato, i carichi pendenti e la qualità di imputato o di indagato.
- 2) Ad esempio lo prevede la disciplina contro il riciclaggio.
- 3) Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.
- 4) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa": agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali ISVAP, 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, Ufficio Italiano Cambi, Casellario Centrale Infortuni).
- 5) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può sempre essere esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

RBM Salute S.p.A.
Via Nino Bixio, 31 - 20129 Milano
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702
Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 2.500.000 i.v. - C.C.I.A.A. di MI C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 1848942
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).